TĘTNO MEDYCYNY

TOM I, ZESZYT 3/4 Z 1 LISTOPADA 1933

TREŚĆ NUMERU:

ALFABETYCZNY SPIS RZECZY.

DO NR. 3/4.

Prace polskie składane są kursywą. Książki oznaczone są gwiazdką.

10

TĘTNO MEDYCYNY
TOM I, ZESZYT 3/4 Z 1 LISTOPADA 1933

Prof. Dr. Wł. Dzierżyński.

NAJNOWSZE POGLĄDY NA HORMONY GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH.

Narządy płciowe kobiece. — Okresy miesiączkowania zależą od czynności dokrewnej jajników i przysadki. Po menstruacji pęcherzyk Graff'a zaczyna dojrzewać; w 15 dniu jest on już dojrzały i wyzwala jajeczko. Potem przeistacza się w ciałko żółte. Jeżeli jajeczko jest zapłodnione, ciałko żółte dalej się rozwija przez kilka miesięcy; jeżeli niezapłodnione, zanika do 28 dnia okresu. Zanik ten jest sygnałem do ponownej menstruacji. Zmiany w jajnikach odpowiadają zmianom w macicy. Śluzówka macicy po menstruacji zaczyna przerastać, na początku powoli, potem (ze zjawieniem się ciałka żółtego) szybko i znacznie. Przy zapłodnieniu śluzówka przeistacza się w doczesną; rozwija się łożysko. Przy niezapłodnieniu przerośnięta śluzówka macicy usuwa się w czasie menstruacji. Pierwszy okres przerostu śluzówki macicy zależy od hormonu dojrzewającego pęcherzyka (follikulina); okres zaś przedmiesiączkowy — od hormonu ciałka żółtego (luteina). Luteina może tylko wtórnie (po follikulinie) zadziałać na śluzówkę macicy. Zmiany w jajnikach zależą od hormonów przedniego płatu przysadki, mianowicie od hormonu, pod którego wpływem dojrzewa pęcherzyk i od hormonu przeistaczającego pęcherzyk w ciałko żółte. Przy braku hormonów przysadki nikną hormony jajników.

Follikulina jajników widocznie wywiera jednakowy wpływ fizjologiczny z follikuliną łożyska, otrzymywaną z moczu ciężarnych. Follikulina uczula śluzówkę macicy do przerostu pod wpływem luteiny; może ona nawet powodować miesiączkowanie przy braku ciałka żółtego, lecz wówczas miesiączkowanie nie jest połączone z normalnym przerostem śluzówki macicy.

Luteina powoduje przerost śluzówki macicy przed miesiączką, o ile przedtem zadziałała follikulina. Luteina wpływa dodatnio na dalszy rozwój śluzówki macicy w doczesną i łożysko oraz na odżywienie jajeczka. Luteina zatrzymuje dojrzewanie pęcherzyka i hamuje owulację (neutralizuje w ciąży odpowiedni hormon przysadki).

Możliwem jest, że przysadka wydziela nie dwa lecz jeden hormon gonadotropowy. Po miesiączce przysadka wydziela wzrastające dawki hormonu powodującego dojrzewanie pęcherzyka; dojrzewanie zaś pęcherzyka przyczynia się do wydzielania follikuliny. W 15 dniu przysadka zaczyna wydzielać hormon przeistaczający pęcherzyk w ciałko żółte (ciałko żółte wydziela luteinę i follikulinę). Obecność luteiny i follikuliny hamuje wydzielanie hormonów gonadotropowych przysadki. Podczas miesiączki znika follikulina i luteina, przysadka zaczyna działać, i t. d.

Okres dojrzewania zależy też do pewnego stopnia od przysadki. Możliwem jest, że istnieje pewien antagonizm pomiędzy hormonami „przerostu" i gonadotropowemi przysadki; przy zmniejszeniu wpływu pierwszych gonadotropowe zaczynają bardziej wpływać na rozwój gruczołów płciowych. Możliwem jest, że przysadka zaczyna wpływać na dojrzewanie wskutek zmian w innych gruczołach dokrewnych (zanik grasicy, przerost kory nadnerczy, zanik szyszynki). Przedwczesny macrogenitalismus bywa najczęściej przy gruczolaku kory nadnerczy lub przy nowotworze szyszynki, rzadko przy gruczolaku przysadki. Dziecięctwo płciowe i opóźnione dojrzewanie prawie zawsze jest połączone z brakiem zaniku grasicy.

Okres przekwitania zależy od wstecznych zmian w jajnikach. Zondek dzieli przekwitanie na: 1) okres hyperhormonalny — zwiększenie follikuliny, miesiączkowanie nieprawidłowe i często obfite; 2) okres oligohormonalny — follikulina znika prawie całkowicie, zaburzenia naczyniowo-ruchowe; 3) okres prolanurji — hormonalna bezczynność jajników, w moczu obecność prolanu (hormon przysadki, wpływający na dojrzewanie pęcherzyków Graff'a). Każde wzmożenie czynności wydzielniczej jajników powoduje zmniejszenie czynności gonadotropowej przysadki, zmniejszenie zaś czynności jajników — wzmaga czynność przysadki.

Zaburzenia menstruacji na podłożu hormonalnem: — 1) Amenorrhea wskutek niedostatecznej ilości follikuliny lub prolanu: a) jajniki nie wydzielają follikuliny wskutek schorzenia jajników lub hypofunkcji przysadki; przy różniczkowem rozpoznaniu należy posługiwać się dodatkowemi objawami ze strony przysadki (akromegalja i t. p.) lub jajników; b) krew nie zawiera follikuliny, gdyż nadmiernie wydziela się przez nerki z moczem; macica w podobnych przypadkach jest najczęściej dziecięca. 2) Amenorrhea spowodowana niedostatecznością luteiny, co może zależeć od schorzenia jajników lub przysadki; postać rzadko spotykana. 3) Amenorrhea spowodowana przez nadczynność przysadki, mianowicie przez hormon przeistaczający pęcherzyk w ciałko żółte, które czyni się stałem. Bywa to przy gruczolakach przysadki, zwłaszcza przy akromegalji lub nowotworach łożyskowych. Leczenie follikuliną przy niedostateczności przysadki może być szkodliwe, gdyż follikulina jeszcze bardziej hamuje jej czynności.

Bezpłodność hormonalna: — 1) Brak hormonów jajników, zanik śluzówki macicy; czasami pomaga opoterapja przysadkowa (o ile jajniki są zdolne do czynności po pobudzeniu). 2) Niedostateczność luteiny, powodująca brak przerostu śluzówki macicy; follikulina jest; leczenie luteiną lub przysadką. Czasami od tejże przyczyny zależą poronienia. 3) Brak follikuliny we krwi wskutek jej wydzielania przez nerki; czasami pomaga opoterapja tarczycowa.

Polymenorrhea może zależeć od nadmiernej ilości follikuliny, spowodowanej przez zwiększoną ilość hormonu przysadki, pobudzającego pęcherzyki jajników; wówczas należy zastosować hormon przysadki, przeistaczający pęcherzyk w ciałko żółte.

Ciąża. Łożysko wydziela follikulinę, hormon przysadkowy powodujący dojrzewanie pęcherzyka jajnika (prolan A), hormon przysadkowy przeistaczający pęcherzyk w ciałko żółte (prolan B); łożysko powoduje zmiany czynnościowe w jajnikach i przysadce. Hormon przeistaczający pęcherzyk w ciałko żółte powoduje przerost ciałka żółtego, które hamuje dojrzewanie pęcherzyków, wydzielając follikulinę i luteinę. Hyperfollikulinemja powoduje w czwartym miesiącu zmiany w przysadce. Przysadka zwiększa się do rozmiarów podwójnych, lecz liczba komó-

rek chromofilowych bardzo się zmniejsza, przeważają komórki chromofobowe. Możliwem jest, że follikulina łożyska i ciałka żółtego nieco się różnią. Luteina niknie w okresie zaniku ciałka żółtego, t. j. w szóstym miesiącu. Hormony łożyska nieco się różnią od przysadkowych, z tego powodu Zondek nazwał je prolanem A i prolanem B. Pod wpływem nadmiaru follikuliny hormony gonadotropowe przysadki znikają, lecz zjawiają się hormony przysadkowe, które uczulają prolan A i B. Biologiczne rozpoznanie ciąży Ascheim-Zondeka polega na wstrzykiwaniu moczu osoby badanej myszkom samiczkom, u których jeszcze nie rozwinęła się czynność jajników. O ile mocz zawiera prolan, to u myszek powstają odpowiednie zmiany w jajnikach. Sposób Brouha-Hinglais-Simonnet polega na zastrzykiwaniu moczu szczurom, co powoduje u samców przerost pęcherzyków nasiennych. Nowotwory łożyskowe oraz nowotwory jąder powodują taki sam odczyn, jak mocz ciężarnych.

Poród. Ocytocina tylnego płatu przysadki wywiera znaczny wpływ na poród przez pobudzanie mięśni macicy do skurczów. Działa ona jednakże tylko przy dużej ilości follikuliny; dla tego też zastrzyki znacznej ilości follikuliny powodują przedwczesny poród. Ocytocina zjawia się w dziewiątym miesiącu ciąży. Nadmierna ilość wazopressiny — hormonu tylnego płatu przysadki — jest prawdopodobnie przyczyną eklampsji, jak wykazał to Hoffman i Anselmino.

G r u c z o ł y p ł c i o w e m ę s k i e: — Frattini i Maino oraz Butenand otrzymali hormon jąder w stanie krystalicznym, bardzo zbliżony do follikuliny; wpływ fizjologiczny tych hormonów jest bardzo podobny. Niedomoga przysadki powoduje zanik narządów płciowych; zastrzyki wyciągów przysadki powodują przerost pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego. Najprawdopodobniej jądra też wydzielają dwa hormony (jak jajniki), lecz nie zostało to jeszcze stwierdzone.

P r z y s a d k a: — Czynności hormonalne przysadki są ściśle powiązane z czynnością ośrodków wegetatywnych nerwowych lejka i guza popielatego. Popa i Fielding stwierdzili, że naczynia żylne przysadki (zawierające hormony) skierowywują się do tych jąder wegetatywnych. Te zaś ostatnie posyłają i otrzymują włókna nerwowe do i od przysadki. Hormony przysadki pobudzają ośrodki nerwowe, które ze swej strony podniecają lub hamują czynności przysadki. Niektóre hormony przysadkowe wywierają większy wpływ przy zastrzykiwaniu dokomorowo, niż dożylnie. Z powyższego wynika, że czynności przysadki i ośrodków nerwowych wegetatywnych lejka są ściśle połączone i wzajemnie uzależnione. Przysadka jest gruczołem nietylko dokrewnym lecz i donerwowym. Stąd zrozumiałem jest, że niektóre schorzenia wyłącznie lejka lub przysadki mogą powodować bardzo podobne do siebie zespoły kliniczne. Moczówka prosta bywa przy guzach przysadki i w schorzeniach lejka bez uszkodzenia przysadki. W obu przypadkach zastrzyki wyciągu płatu tylnego mogą regulować wydzielanie moczu; wyciąg ten jest swoisty. Przy zdrowym lejku — jego ilość normalna jest wystarczająca dla dostatecznego podrażnienia jąder wegetatywnych; przy schorzeniu zaś tych jąder — jest niewystarczająca. Zastrzyki wyciągu do komór mózgu działają silniej, niż dożylne, co potwierdza, że hormon działa przedewszystkiem na ośrodki nerwowe, a znacznie słabiej ogólnie na tkanki. Lejek bezpośrednio sąsiaduje z przysadką; jest to przyczyną, że często schorzenia (guzy i t. p.) zaatakowują jednocześnie przysadkę i lejek. Pierwotne schorzenia lejka powodują zaburzenia czynności wy-

dzielniczych przysadki. Dlatego też większość zespołów klinicznych nie są wyłącznie lejkowemi lub przysadkowemi, a lejkowo-przysadkowemi.

Płat przedni przysadki: — Usunięcie płatu przedniego bez uszkodzenia lejka i płatu tylnego powoduje postępujące wyniszczenie ustroju i dość szybką śmierć; na sekcji stwierdza się zanik uogólniony układu gruczołów dokrewnych (gruczołów płciowych, sutkowych, tarczycy, przytarczyc, kory nadnerczy). Zastrzyki wyciągów płatu przedniego zwierzętom powodują przerost tych gruczołów, a przy dostatecznych dawkach nawet powstają tam gruczolaki. Zespół Simmonds'a (kacheksja przysadkowa) odpowiada usunięciu płatu przedniego przysadki. Gruczolak zasadochłonny płatu przedniego przysadki (zespół Cushing'a) powoduje objawy nadczynności wielogruczołowej, — przytarczyc, kory nadnerczy, czasami tarczycy, przy niedostatecznej czynności gruczołów płciowych. Nadczynność przytarczyc powoduje osteitis fibrosa z jej skutkami i hyperkalcemję; nadczynność nadnerczy — bolesne otłuszczenie ze specjalnem umiejscowieniem, wzmożone ciśnienie tętnicze, hyperglikemję, a u kobiet jeszcze hirsutismus i virilismus. Do objawów tarczycowych, o ile one mają miejsce, należą wytrzeszcz, przyśpieszenie tętna, wzmożenie podstawowej przemiany materji i t. p. Obniżenie czynności gruczołów płciowych przejawia się pod postacią amenorrei i impotencji. W wieku dziecinnym występuje przedwczesne dojrzewanie, co widocznie zależy od nadnerczy. Anatomicznie stwierdza się gruczolak zasadochłonny przysadki (często bardzo mały), przerost (znaczny lub nieznaczny) kory nadnerczy, przytarczyc i tarczycy oraz zanik jajników lub jąder.

Zastrzyki wyciągu płatu przedniego powodują u zwierząt przerost tarczycy. Usunięcie tarczycy powoduje przerost płatu przedniego przysadki (powiększenie ilości komórek zasadochłonnych). Hormon thyreotropowy różni się od innych hormonów (przerostu i gonadotropowego); jest on bardziej odporny na czynniki chemiczne i termiczne.

Z powyższego wynika, że wyższe ośrodki wegetatywne w guzie popielatym i lejku częściowo kierują, częściowo współdziałają z przysadką; przysadka zaś częściowo reguluje, częściowo współpracuje z tarczycą, przytarczycami, nadnerczami i gruczołami płciowemi.

Hormon „przerostu". — Codzienne zaszczepianie wycinków przysadki lub zastrzykiwanie jej wyciągów powoduje u zwierząt objawy nadczynności przysadki. Evans pierwszy spowodował w ten sposób gigantyzm, a Putnam, Benedict i Teel akromegalję. Gigantyzm rozwija się przy niezrośniętych chrząstkach nasadowych, a akromegalja przy zrośniętych. Nadczynność komórek kwasochłonnych przysadki (gruczolaki) powoduje w wieku przerostu kośćca gigantyzm, a w wieku późniejszym akromegalję. Hormon powodujący przerost jest czynny w wyciągach zasadowych przysadki. Najprawdopodobniej układ nerwowy reguluje jego wydzielanie przez płat przedni. Nadmiernie niski wzrost chorych zależy czasami od niedomogi przysadki w wieku dziecięcym.

Anselmino i Hoffman stwierdzili obecność w płacie przednim hormonu wywierającego wpływ na utlenianie tłuszczów, analogiczny do insuliny względem węglowodanów. Wstrzykiwanie tego hormonu powoduje zmniejszenie tłuszczów obojętnych we krwi i zwiększenie acetonemji. Właściwości chemiczne i fizyczne odróżniają ten hormon od innych; można go wykryć we krwi. Jest on swoisty dla przysadki. Ilość jego zwiększa się po spożyciu tłuszczów i dłuższem głodzeniu się,

przy którem acidoza we krwi zależy od nadmiaru tego hormonu. Jego niedostateczna ilość może być przyczyną ogólnego otłuszczenia. Najprawdopodobniej komórki kwasochłonne przysadki wydzielają ten hormon, gdyż gruczolaki komórek głównych (chromofobowych) powodują pierwotne otłuszczenie przysadkowe. Nie wszystkie otłuszczenia przy schorzeniach przysadki są pierwotne przysadkowe; mogą one być wtórne; zależą one wówczas albo od ośrodków wegetatywnych, albo od zaburzeń czynności innych gruczołów (nadczynność nadnerczy, niedomoga gruczołów płciowych), spowodowanych przez zmiany w przysadce. Toż samo można powiedzieć o wychudzeniu (zespół Simmonds'a).

Zondek wyodrębnił hormon płatu przedniego, zawierający 60% bromu. Sądzi on, że przysadka odgrywa znaczną rolę w gospodarce bromowej, taką samą rolę, jak tarczyca względem jodu. Hormon bromowy wywiera wpływ uspokajający i nasenny przy zastrzykach dokomorowych. Miejscem jego zadziałania są najprawdopodobniej ośrodki nerwowe komory trzeciej.

Płat przedni przysadki zawiera komórki główne czyli chromofobowe, kwasochłonne i zasadochłonne. Każdy rodzaj komórek może tworzyć gruczolaki z częściową nadczynnością przysadki i często niedomogą komórek nieprzerośniętych. Gruczolak komórek kwasochłonnych powoduje gigantyzm lub akromegalję; mocz bardzo często zawiera hormony gonadotropowe. Gruczolak komórek zasadochłonnych powoduje zespół Cushing'a. Gruczolak komórek głównych powoduje niedomogę wielogruczołową, mianowicie zmiany wsteczne narządów płciowych, zatrzymanie przerostu całego ustroju, otłuszczenie, bardzo często zaburzenia psychiczne i senność. Hormon bromowy wydziela się najprawdopodobniej przez komórki główne.

Część pośrednia przysadki zawiera swoisty hormon, wyodrębniony przez Zondek'a. Jego znaczenie fizjologiczne nie jest jeszcze znane.

Płat tylny przysadki posiada dwa hormony, ocytocinę i wazopressinę. Ocytocina wywołuje skurcz mięśni gładkich, a zwłaszcza macicy. Wazopressina zwiększa ciśnienie tętnicze i zmniejsza ilość moczu. Niedostateczność wazopressiny powoduje moczówkę prostą. Zastrzyki dużych dawek wazopressiny zwierzętom powodują zespół bardzo zbliżony do eklampsji ciężarnych.

N a d n e r c z a : — Usunięcie nadnerczy powoduje astenję, ogólne zahamowanie, następnie wymioty, biegunki, zwolnienie oddychania, obniżenie ciśnienia krwi i śmierć; u zwierząt z usuniętemi nadnerczami ilość rezerw alkalicznych zmniejsza się, zwiększa się azot niebiałkowy, występuje hypoglikemja i hypochloremja, zmniejsza się utlenianie bezpowietrzne, oziębienie łatwiej występuje, odporność na trucizny i infekcje zmniejsza się. Usunięcie tylko części rdzeniowej nadnerczy powoduje zaburzenia nieznaczne. Zmiany po usunięciu nadnerczy zależą od ubytku części korowej.

Kora nadnerczy: — Hartmann oraz Swingle i Pfiffner otrzymali wyciąg z kory nadnerczy, którego zastrzyki utrzymują przy życiu zwierzęta z usuniętemi nadnerczami; we krwi rezerwy alkaliczne zwiększają się, azot niebiałkowy zmniejsza się, ilość cukru i chloru zwiększa się do normy; oziębienie ciała znika; odporność na infekcje i zatrucia wzrasta do normy. Przy zaprzestaniu zastrzyków zwierzęta zdychają, lecz nieco później, niż bezpośrednio po usunięciu nadnerczy, co zależy widocznie od powstania wyrównawczej czynności reszty gruczołów dokrewnych.

Grasica przerasta przy niedomodze kory nadnerczy i odwrotnie, t. j. przy

przeroście grasicy kora nadnerczy niedorozwija się. W okresie dojrzewania grasica zanika, a kora nadnerczy przerasta.

Tarczyca może przerastać przy niedomodze kory nadnerczy. Niektóre przypadki choroby Basedowa zależą widocznie od pierwotnej niedomogi nadnerczy a wtórnej nadczynności tarczycy; dość często przy chorobie Basedowa grasica przerasta, co też może zależeć od niedomogi nadnerczy. Wyciąg kory nadnerczy czasami wywiera dodatni wpływ przy nadczynności tarczycy.

Choroba Addisona zależy od uszkodzenia kory nadnerczy przez gruźlicę, a w 10% od marskości lub hypoplazji kory z brakiem zmian wstecznych grasicy. Możliwem jest, że przysadka powoduje niedorozwój nadnerczy. Hypoglikemja przy chorobie Addisona znacznie nasila się po insulinie. Wymioty. zależą widocznie od hipochloremji. Przy gruźliczem podłożu schorzenia rentgen w ⅓ przypadków wykazuje cienie ognisk zwapniałych w okolicy nadnerczy. Leczenie wyciągami z kory nadnerczy daje wyniki bardzo pomyślne.

Nadczynność kory nadnerczy (gruczolak lub rozlany przerost) powoduje otłuszczenie, zwłaszcza twarzy i brzucha, plamy brunatne i czerwone, polyglobulję, wzmożone ciśnienie krwi, często nadmierne owłosienie ciała, czasami przy słabem owłosieniu głowy, często zmiany zanikowe narządów płciowych (amenorrea i impotencja). Zmiany wtórnych oznak płciowych zależą widocznie od zaniku jajników względnie jąder. Otłuszczenie jest bolesne. Nowotwory złośliwe kory nadnerczy mogą powodować te same objawy. Usunięcie tych nowotworów, względnie gruczolaka, powoduje zniknięcie otłuszczenia, przerost gruczołów płciowych, wypadnięcie przerośniętych włosów. Do objawów nadczynności kory nadnerczy jeszcze dochodzi pseudohermaphroditismus, o ile nadczynność wystąpiła w okresie rozwoju płodowego, przedwczesne dojrzewanie w okresie dziecięcym, virilismus i hirsutismus w wieku późniejszym.

Przerostowe zmiany kory nadnerczy mogą zależeć od gruczolaka zasadochłonnego przysadki.

Część rdzeniowa nadnerczy wydziela adrenalinę, której cechy fizjologiczne są znane. Paraganglioma hypertensiva powoduje zespół nadczynności części rdzeniowej. Objawy chorobowe polegają na napadach skurczu naczyń przy pełnem zdrowiu; początek raptowny i niespodziewany, odrazu występują bóle najczęściej w kończynach dolnych, bóle rozpowszechniają się, są bardzo silne w okolicy głowy; zjawiają się mdłości, wymioty, strach, zwężenie naczyń całego ciała, ciśnienie krwi wynosi $^{25}/_{23}$. Wkrótce skurcz znika, ciśnienie zmniejsza się do normy, inne objawy też znikają. Napady powtarzają się rozmaicie często; podczas napadu chory może umrzeć. O ile napady są rzadkie i chory szybko nie umiera, rozwijają się wtórne zmiany w nerkach, ciśnienie krwi pozostaje stale wzmożone, chory umiera z powodu mocznicy, krwotoku do mózgu lub podczas napadu. Chirurgiczne usunięcie nowotworu daje wyniki bardzo pomyślne, gorsze wyniki otrzymujemy przy zastosowaniu rentgenoterapji.

T r z u s t k a: —Komórki wysp Langerhans'a wydzielają insulinę, wagotoninę, i możliwie urohypotenzynę. Insulina utlenia cukier we krwi. Wagotonina wzmaga pobudliwość ośrodków vagus'a, przez co reguluje zawartość glikogenu w wątrobie. Urohypotenzyna zmniejsza ciśnienie tętnicze.

Niedomoga wysp Langerhans'a objawia się pod postacią dobrze wszystkim znanej cukrzycy.

Nadczynność trzustki bywa przy złośliwych nowotworach lub gruczolakach, zbudowanych z komórek A i B Langerhans'a. Schorzenie występuje zwykle w starszym wieku. Na początku zjawia się szybkie męczenie się, które postępuje. Po kilkunastu miesiącach lub po kilku latach występują napady prawie identyczne z padaczkowemi (utrata przytomności, drgawki, przygryzanie języka, wymioty); napady występują w dłuższym czasie po jedzeniu, np. w nocy, nad ranem; częste spożywanie pokarmów zwłaszcza cukru chroni od napadów. Ilość cukru we krwi po jedzeniu jest zwiększona przez 1 — 2 godziny, zaś naczczo lub podczas napadu — zmniejszona. Nowotwór stale wydziela zwiększoną ilość insuliny, niezależnie od regulacji pokarmowej. Następnie napady czynią się coraz częstsze, zjawia się śpiączka i w końcu śmierć. Operacyjne usunięcie nowotworu uzdrawia chorych.

P r z y t a r c z y c a. — Collip wydzielił hormon przytarczyc, który nazywa się „parathormon". Do organizmu może on być wprowadzany tylko podskórnie lub dożylnie, gdyż pepsyna i trypsyna go niszczą.

Hormon przytarczyc reguluje przemianę wapnia i fosforu. Wapień hamuje pobudliwość nerwów i mięśni: brak wapnia powoduje kurcze, a nadmiar — hypotonję mięśni. Fosfor bierze udział w przemianie węglowodanów i w utlenianiu przy pracy mięśni; łączy się on z pewnemi proteinami i tłuszczami; sole kwasu fosforowego biorą czynny udział w wahaniach kwaso-zasadowych cieczy ustroju. Wapień i fosfor przyswaja się w organizmie tylko w obecności witaminy D (ergosteryna naświetlana). Przy braku wapnia i fosforu w pożywieniu organizm czerpie je z kości. Hormon przytarczyc normalnie odbiera pewną ilość wapnia i fosforu z kości, które wydala z organizmu; takąż samą ilość pochodzącą z pokarmów odkłada w kośćcu; jest to proces fizjologiczny podwójny, utrzymujący poziom stały wapnia i fosforu we krwi.

Niedomoga przytarczyc powoduje napady tężyczki i zmniejszenie wapnia we krwi, chociaż ilość Ca w pokarmach może być duża. Wapień nie wydziela się z kośćca, zwapnienie kości powiększa się. Ilość fosforu we krwi zwiększa się.

Nadczynność przytarczyc powoduje zwiększenie wapnia we krwi, organizm wydziela go w większej ilości niż spożywa, co zależy od odwapniania kości. Ilość fosforu we krwi zmniejsza się. Fosfor widocznie reguluje ilość „Ca + Ph" we krwi, która musi być zrównoważona dla utrzymania niezbędnej przemiany materji. Normalnie 100 c/m krwi zawiera od 0,0095 do 0,01 wapnia i od 0,003 do 0,004 fosforu.

Gruczolak jednej przytarczycy (kilka spotyka się rzadziej) powoduje chorobę Recklinhausena (osteitis fibro-cystica); zależy ona od nadczynności przytarczyc. Kościec ulega odwapnieniu; destrukcja kości postępuje od środka ku obwodowi; rekonstrukcja kości przejawia się pod postacią przerostu tkanki kostnej, nie wapniejącej na obwodzie. Kości ulegają łatwo złamaniom. Rentgen stwierdza odwapnienie kości, rozszerzenie kanałów kostnych, mnogie jamy w kościach i guzy kostne. Ilość wydzielanego wapnia z moczem zwiększa się do 4,0 — 6,0 na dobę zamiast 2,0. Do tych objawów mogą dołączyć się znaczna astenja, dochodząca prawie do bezwładu, hypotonja mięśni, obniżenie odruchów ścięgnistych, obniżenie pobudliwości na prąd faradyczny, zmniejszenie chronaksji mięśni i nerwów; objawy te zależą od nadmiaru wapnia we krwi. Dość często złogi wapnia przyczyniają się do schorzeń nerek i do powstania miażdżycy. Chorzy umierają przy objawach ogólnego wyniszczenia ustroju po 4 — 6 latach, a czasami znacznie póź-

niej. Operacyjne usunięcie gruczolaka powoduje wyzdrowienie. Literatura zawiera opis kilku przypadków, w których gruczolaki znajdowały się jednocześnie w przysadce, przytarczycach i nadnerczach; najprawdopodobniej pierwotny gruczolak przysadki spowodował wtórne zmiany w innych gruczołach. Należy pamiętać, że rozsiane nowotwory kości (raki, mięsaki i inne) mogą powodować zwiększenie wapnia we krwi i podobny obraz rentgenologiczny kości do choroby Recklinghausena.

Niektóre postacie tak zwanego reumatyzmu przewlekłego lub artretyzmu z powiększoną ilością wapnia we krwi zależą widocznie też do pewnego stopnia od nadczynności przytarczyc, gdyż operacyjne zmniejszenie ich czynności (podwiązanie tętnicy lub usunięcie po jednej stronie) powoduje znaczne zmniejszenie objawów chorobowych.

T a r c z y c a: — Thyroxina, otrzymana przez Kendall'a z tarczycy, a przez Harington'a i Bargerg'a syntetycznie, jest hormonem tarczycy, który jest niezbędny dla prawidłowego rozwoju organizmów, dla prawidłowej przemiany materji, dla normalnej sprawności układu nerwowego wegetatywnego. Prawidłowa czynność tarczycy wymaga obecności jodu w pokarmach, gdyż wydziela ona dziennie 0,012 — 0,014 thyroxiny, zawierającej jod. Normalna tarczyca zawiera 0,2% jodu, którego poziom może się zwiększyć do 0,5%, a nawet do 0,6% i zmniejszyć do 0,1%. Przy niższych poziomach jodu występują stany chorobowe, które powodują niedomogę czynności hormonowej, a jak niektórzy sądzą — wtórną nadczynność.

Wpływ fizjologiczny thyroxiny i zespoły kliniczne obniżonej i wzmożonej czynności tarczycy są ogólnie znane.

PRZEGLĄD CZASOPISM.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933. R. XII, Nr. 22 z dnia 28 maja, str. 421—436.

S z y m a n o w i c z J. *O poprzecznem otwieraniu dolnego odcinka macicy przy cięciu cesarskiem nadlonowem*, str. 421—422.

Autor uważa cięcie przezotrzewnowe za przewyższające wszystkie inne sposoby wykonania cięcia cesarskiego. W wypadku gdzie nie można dokonać cięcia podłużnego — można dokonać cięcie poprzeczne dolnego odcinka macicy. Autor podaje 6 przypadków, w których dokonano takie cięcie, omawia jego technikę i strony dodatnie.

M i c h a ł o w s k i E. *O częściowej resekcji trzonu żołądka i jej zastosowaniu w leczeniu wrzodu trawiennego*, str. 422—423.

Autor podaje opis częściowej skośnej resekcji trzonu żołądka uważając, że ten zabieg łączy w sobie 3 dodatnie cechy: niewielkie ryzyko operacyjne, duże szanse na skuteczność (zmniejszenie wydzielania kwaśnego) oraz wytworzenie stosunków anatomicznych, które nie mogą utrudnić ewent. następnych zabiegów.

Ż a b c z y ń s k i M. *Przyczynki do zakażeń mieszanych płonicą i durem*

brzusznym, str. 423—425. Dokoń. nastąpi.

K a m s l e r A. *Jak ustosunkować się do zachowawczych metod leczniczych w gruźlicy płuc*, str. 425—427. (Dokończenie).

Autor podaje poglądowe sprawozdanie ze wszystkich metod leczenia zachowawczego gruźlicy, jak tuberkulinowego, chemoterapeutycznego i t. d.

M a r z e c k i J. *Dobrze czy źle*, str. 427—428.

Odpowiedź na krytykę pracy jego p. t. „Homo normalis w ujęciu mikrofizycznem" (Polsk. Gaz. Lek. Nr. 11 r. 1933).

Dr. W. Kondratowicz.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933. R. XII, Nr. 23 z dn. 4 czerwca, str. 437—456.

C z e ż o w s k a Z i S c h u s t e r ó w n a H. ***W sprawie kliniki i histogenezy raka pierwotnego wątroby i stosunku tegoż do jej marskości***, str. 437—439.

Autorzy podają przypadek, gdzie udało się stwierdzić powstanie raka na tle marskości wątroby z licznemi przerzutami w płucach wraz z obfitem wydzielaniem żółci przez komórki nowotworowe.

Ż a b c z y ń s k i M. *Przyczynki do zakażeń mieszanych płonicą i durem brzusznym*, str. 439—441. (Dokończenie).

Z opisanych przypadków wynika, że dur brzuszny dołączał się do płonicy, i rozwijał się bądź po przejściu pierwszego okresu płonicy, bądź równocześnie z płonicą. Śmiertelność wynosiła 16%. Przebieg obu zakażeń nie przedstawiał żadnych osobliwości klinicznych pod względem zahamowania lub mnożenia poszczególnych objawów ob. schorzeń lub też powikłań. Rozpoznanie nie nastręczało specjalnych trudności.

W y r o b e k E. *Nowsze teorje pochodzenia wola*, str. 442—444. (Dokończenie nastąpi).

B i l i k i e w i c z T. *Uwagi o uświadamianiu płciowem dzieci*, str. 444—445.

Krytyka pracy Malenowskiej - Rewery i Głębowicza „Metodyka rodzima w elementarnem wychowaniu i nauczaniu", wyd. Kraków. 1932.

Dr. W. Kondratowicz.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933. R. XII, Nr. 24 z dn. 11 czerwca, str. 457—476.

B o k s e r E. *Przypadek dysinsulinizmu w następstwie przewlekłego zapalenia trzustki*, str. 457—461.

Opis przypadku przewlekłego stanu zapalnego trzustki z zaburzeniami trawienia. W następstwie zmian w trzustce nastąpiło naruszenie równowagi inkretorycznej z nadczynnością insuliny oraz jej antagonistów. Wobec czego dała się stwierdzić upośledzona czynność jajników.

U n g a r M. *Uwagi kliniczne nad moczopędnem działaniem „Novurit'u"*, str. 461—463.

Główną domenę działania nowurytu tworzą obrzęki sercowe. W przypadkach marskości wątroby z puchliną osiąga się znaczną poprawę przejściową. Puchlina w przebiegu nowotworu wątroby zmniejsza się znacznie. B. korzystnie działa nowurit w grożącem obrzęku płuc.

Autor dopuszcza stosowanie nowur.. w nerczycy. W przeciwieństwie do salyrganu nowurit wykazał działanie przedłużone.

R u d o e r f e r J. *Badania doświadczalne nad wpływem wód truskawiec-*

kich na kwasotę żołądka, str. 463—466.

Autor stwierdził doświadczalnie, że przypadki nieżytów żołądka ulegają znacznej poprawie pod wpływem leczenia wodą ze zdroju „Marja" i „Zofja". Przypadki z jednoczesną nadkwasotą nie cierpią przytem wskutek równoczesnego picia „Naftusi", obniżającej kwasotę.

W y r o b e k E. *Nowsze teorje pochodzenia wola*, str. 466—467. (Dokończenie).

Dr. W. Kondratowicz.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933. R. XII, Nr. 25 z dn. 18 czerwca, str. 477—496.

B i l i k i e w i c z T. *Psychoanaliza życia płciowego kobiety*, str. 477—479. (Dokończenie nastąpi).

M i k u ł o w s k i W. *Przyczynek do hematologji kokluszu u dziecka*, str. 479—480.

Dziecko, które przez 5 m. chorowało na zapalenie płuc, przybyło do szpitala z powodu wymiotów, kaszlu i biegunki w stanie ciężkiej astenji, z obrzękami całego ciała. Badanie krwi stwierdza 7.100.000 czerw. ciałek i 195.000 białych. Na skórze liczne wynaczynienia krwawe. Sekcja potwierdziła rozpoznanie zapal. płuc odoskrzelowego i wykazała prócz tego wrzodziejące zapalenie grubego jelita, otłuszczenie wątroby i obecność kamyczków w nerce. Szpik kostny wykazał obecność licznych niedojrzałych postaci krwinek białych. Przypadek porusza zagadnienie poliglobulji kompensacyjnej i reakcyjnej.

S c h n e k L. *Przypadek kamicy oskrzelowej z porażeniem nerwu krtaniowego dolnego, str. 479*—482.

Opis przypadku i kazuistyka.

S t a r k i e w i c z Sz. *„Górka", jako wyraz dążenia do racjonalnego leczenia dziecka przewlekle chorego w Polsce*, str. 482—484.

Opis uzdrojowiska p. n. „Kolonja Lecznicza Dziecięcia im. Dr. med. rekt. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku".

Dr. W. Kondratowicz.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933. R. XII, Nr. 26 z dn. 25 czerwca, str. 497—512.

B i l i k i e w i c z T. *Psychoanaliza życia płciowego kobiety*, str. 497—499. (Dokończenie).

Życie płciowe kobiety więcej niż jakakolwiek inna dziedzina nastręcza pola do konfliktów. Ginekolog przyszłości musi uwzględniać w szerokiej mierze czynności psychiczne, doceniać ich chorobotwórczą moc, zapobiegać i leczyć jakąkolwiek formą psychoterapji.

Autor omawia ewent. wyodrębnione typy psychiczne płciowego życia dziecka, okresu pokwitania i dorosłej kobiety.

G o s i n J. *Przyczynek do sprawy wielokrotnych raków pierwotnych u tego samego osobnika*, str. 499—501.

Wedle Bilrotha wielokrotne pierwotne nowotwory złośliwe mają odpowiadać trzem cechom: różne umiejscowienie, odmienna budowa histologiczna oraz obecność cech odmiennych, dla każdego poszczególnego nowotworu charakterystycznych przerzutów.

Autor podaje przypadek raka oskrzela i innej budowy raka głośni.

M i o d o ń s k i J. *Przypadek jamistości opuszkowo - rdzeniowej u osobnika z ropotokiem przewlocznym ucha środkowego*, str. 501—503.

Opis przypadku i kazuistyka.

G r u e n h u t J. *Stosowanie radu w łączności z zabiegiem operacyjnym w przypadkach raka szyjki macicznej*, str. 503—504.

Autor jest zwolennikiem operacji szyjki macicznej sposobem Wertheima, stosując dodatkowo po 50 mg. radu w obu przymaciczach po 6 godz. (600 mg. godzin).

Dr. W. Kondratowicz.

MEDYCYNA DOŚWIADCZALNA I SPOŁECZNA, 1933, T. XVI. Zesz. 1—2, str. 1—196.

Ł a w r y n o w i c z A. i G r y g l e w i c z Z. *Zachowanie się podstawowych cech pałeczki okrężnicowej (pochodzącej od człowieka) podczas pobytu w wodzie*, str. 1—8.

Autorzy przeprowadzili systematyczne badania nad własnościami morfologicznemi i biochemicznemi pałeczki okrężnicowej (b. coli), pochodzącej od człowieka, a umieszczonej w ciągu roku w wodzie wodociągowej. Pałeczki te posiadają rozmaitą stałość swych cech typowych (fermentowanie węglowodanów i wytwarzanie indolu). Szczepy pałeczki okrężnicowej hodowane w wodzie, mogą dawać rozmaite odchylenia od cech typowych. Odchylenia te występują przeważnie tylko okresowo. Do najstalszych cech fermentacyjnych pał. okr. w warunkach doświadczeń autorów należy zdolność fermentowania cukru gronowego i owocowego, cukru slodowego i mannitu z wytwarzaniem gazu w ciepł. 46°. Dalej również stałą cechą jest zdolność wytwarzania indolu. Natomiast zdolność rozkładania cukru trzcinowego z wytwarzaniem gazu w temp. 46° jest cechą bardzo chwiejną i łatwo ustępującą.

Podział pał. okrężnicy na b. coli communis i b. coli communior, jako jednostki samodzielne, jest według autorów bezpodstawny.

S i e r a k o w s k i S. i Z a b ł o c k i B. *Z badań nad odczynami serologicznemi w kile — pH a komplement*, str. 9—21.

Przy pH 5,4 następuje całkowite zahamowanie hemolizy; przy pH 4,6 i poniżej występuje nieswoista hemoliza wskutek rozpuszczenia krwinek i wytworzenia hematyny kwaśnej. Przy pH 9,2 następuje zahamowanie hemolizy, a rozpoczynając od pH 10,3 krwinki pod wpływem ługu rozpuszczają się.

Działanie kwasu na komplement da się odwrócić aż do pH 11,3 — 11,2. Największa szybkość hemolizy jest w pH 7,8 — 8,0. Komplement zaś najlepiej konserwuje się w pH 7,6 — 8,0. Kwas i ług działają na komplement, natomiast nie powodują oddzielenia amboceptora od krwinek. Hemolizę należy przeprowadzić w pH 7,6 — 8,0.

G o l d b e r ż a n k a J. i G ó r e c k i Z. *O postaciach aglutynacji w przebiegu duru brzusznego*, str. 22—45.

Na rodzaj aglutynacji nie wpływa ani wiek chorych, ani płeć, lub bliska pokrewieństwo ani też okres choroby. To samo źródło zakażenia nie musi wywoływać jednego typu aglutynacji. Żaden typ aglutynacji nie pozwala na wnioskowanie co do wystąpienia powikłań lub cięższych objawów duru brzusznego, jak przebicia i krwotoki jelitowe, odoskrzelowe zapalenie płuc, odurzenie, powikłania ropne, nawroty, gdyż występują one bez względu na typ aglutynacji. Rodzaj aglutynin w surowicy danego osobnika zdaje się nie zmieniać w czasie przebiegu duru brzusznego. Wydaje się, że brak ciał odpornościowych anty H (grupa III) towarzyszy szczególnie ciężkim postaciom duru brzusznego.

P r z e s m y c k i F. i M o r z y c k i J. *Badania nad biochemją ciał antygenowych. Odczyny skórne u kró-*

lików uodpornionych, wywołane przy pomocy substancji bezbiałkowych pałeczek duru brzusznego, str. 46—57.

Autorowie badali wyniki zastrzyków wśródskórnych antygenu pałeczki duru u królików uodpornionych za pomocą tychże bakteryj. Antygen otrzymywano za pomocą metody Pflugera. Antygen ten nie zawierał ciał białkowych. Zdolność strącania występowała w rozcieńczeniu $^1/_{2000}$. 8 królików uodporniono za pomocą szczepu H pałeczki durowej w ciągu średnio trzech szczepień, które wykonano w odstępach siedmiodniowych. W 5 dni po drugiej serji szczepień zastrzyknięto królikom 0,1 ccm. $^1/_{200}$ roztworu antygenu w rozczynie soli fizjologicznej. Trzy króliki wykazywały silny odczyn skórny. W tydzień po trzeciej serji szczepień znów zastosowano zastrzyk śródskórny tej samej ilości antygenu.

W tym przypadku 7 królików na 8 szczepionych wykazało mniej lub więcej zaznaczony odczyn skórny. W 18 dni znów zastosowano śródskórnie antygen. Tym razem wszystkie króliki wykazywały dodatni odczyn skórny. Po następnych 10 dniach odczyn ten już się nie zjawiał. Ażeby zbadać swoistość tego odczynu autorzy wykonali 12-tu królikom, uodpornionym tkanką rakową, zastrzyk antygenu. U królików tych nie zauważono nawet śladu odczynu skórnego.

A s s e n h a j m D. *O purynach w centralnym układzie nerwowym wołu,* str. 58—72.

Ogólna ilość azotu purynowego tkanki mózgowej wynosi 33 mg % azotu całkowitego. Frakcja nukleotydowa stanowi tylko 9,4% całego azotu purynowego. Adenina nie ma przewagi nad innemi purynami tej frakcji. Obecność guaniny w nukleotydach wskazuje na możliwość istnienia kwasu guanilowego, jako takiego w tkance żywej. Frakcja nukleozydowa i wolnych puryn stanowi przeszło ⅓ wszystkich puryn mózgu. Obecność tak dużej ilości azotu nukleozydowego w stosunku do szybkości przebiegu zjawisk autolitycznych, przemawia za możliwością istnienia nukleozydów jako takich, nie zaś jako produktów autolizy.

Ze względu na znaczną przewagę adeniny wraz z hypoksantyną nad guaniną, nie można twierdzić, że puryny te składają się wyłącznie na kwas nukleinowy frakcji tkankowej.

Zasadnicza różnica pomiędzy purynami tkanki mózgowej a mięśniowej leży w dwukrotnie mniejszej ilości azotu purynowego mózgu, dalej w minimalnej frakcji nukleotydowej w mózgu w stosunku do mięśni i wreszcie w stosunkowo większej ilości frakcji nukleozydowej mózgu niż mięśni.

T u s t a n o w s k a A. *Występowanie larw brózdogłowca szerokiego (Dibothriocephalus latus) w szczupakach z rynku warszawskiego i z jeziora Wigry,* str. 73—88.

Autorka zajęła się badaniami nad zarażeniem szczupaków, pochodzących z rynku warszawskiego, plecerkoidami brózdogłowca szerokiego. Okazało się, że zarażenie to jest bardzo znaczne. Na podstawie zbadania 270 ryb w ciągu 18-tu miesięcy, przeciętna zarażenia wynosiła 18,9%.

Pasorzyty te występowały najczęściej w okresie wiosennym i jesiennym, najrzadziej w okresie zimowym. Występowanie plecerkoidów brózdogłowca szerokiego u szczupaków większych jest częstsze (22%) i larwy liczniejsze niż u mniejszych (10,6%). Plecerkoidy o ile występowały w mięśniach, spotykały się zawsze również i w jamie ciała i na narządach wewnętrznych, gdzie mogły być łatwo zauważone. Wśród szczupaków z jeziora Wigry procent zarażonych

larwami brózdogłowca jest mniejszy, gdyż wynosi około 16%.

Z powyższego należy wyciągnąć wnioski praktyczne, iż szczupaki należy poddawać jaknajdłuższemu gotowaniu, żeby temperatura, która wewnątrz mięśni jest niższa niż na powierzchni, podniosła się powyżej 60°, co może dać pewność, że wągry zostały zabite.

F e i n s t e i n ó w n a A. *Metodyka określania miana bakterji denitryfikujących w wodzie*, str. 89—94.

Do ilościowej charakterystyki własności denitryfikujących danego środowiska np. wody nadaje się metoda oparta na zasadzie analogicznej do metody przyjętej w określaniu miana pałeczki okrężnicowej. Równoległe badania denitryfikacji w temp. 40°, 25° i ciepłocie pokojowej wykazało, że temp. 25° C. daje warunki najodpowiedniejsze dla tego procesu.

Nasilenie procesu denitryfikacji w danem środowisku nie stoi w związku bezpośrednim z liczbą bakteryj, skład jakościowy mikroflory posiada większe znaczenie.

K o n o r s k i J. i M i l l e r S. *Podstawy fizjologicznej teorji ruchów nabytych*, str. 95—187.

Obszerna praca dotycząca omówienia głównych pojęć fizjologji ośrodkowego układu nerwowego, właściwości wrodzonych i nabytych tegoż układu, dalej uwagi krytyczne, dotyczące odruchów warunkowych Pawłowa, poparte licznemi badaniami doświadczalnemi oraz dokładna analiza wytwarzania odruchu warunkowego.

M o r z y c k i J. *Toksyna i antytoksyna błonicza w świetle prac Madsena i jego szkoły*, str. 188—196.

Autor omawia metodę Ramona — mianowania surowicy in vitro. Metoda ta daje wyniki naogół zgodne z metodą in vivo, lecz tylko w granicach czasu flokulacji 30 — 120 min. Z pomocą czasu flokulacji nie można dokładnie zdać sobie sprawy z powinowactwa surowicy do jadu. Mianując surowicę jednocześnie na śwince i na króliku, można określić stopień powinowactwa surowicy, przyczem im większa jest rozbieżność miana, tem mniejsze jest powinowactwo surowicy do jadu. Zdolność lecznicza surowicy zależy w znacznej mierze od jej powinowactwa do toksyny, to też chcąc znać wartość leczniczą surowicy, musimy obok miana znać i jej powinowactwo.

Doc. Dr. F. Goebel.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY 1933. Zeszyt XX. Nr. 1 — 247.

M i n k o w s k i M.: *Anatomja patologiczna padaczki. Część 2-ga*, str. 1 — 55.

D r e s z e r R.: *O dziedzicznych źródłach charakteru* str. 56—65.

Rozwój osobniczy i ewolucja rasy zależą od współdziałania dwóch rzędów czynników: wewnętrznych i zewnętrznych, dyspozycyj dziedzicznych i dyspozycyj doświadczenia, czyli nabytych.

W organizacji psychiki człowieka, jako fenotypu, trudno jest wyłączyć czynniki dziedziczne, istnieje jednak dążność do sprowadzenia wpływów dziedzicznych do mianownika możliwie prostego, mało zróżniczkowanego.

Jak poucza psychofizjologja porównawcza, im wyższy jest stosunek w hierarchji rozwoju filogenetycznego, tem uboższy się staje materjał kompleksów instynktowych, gatunkowych, redukując się prawie do zera u tworu, stojącego na najwyższym stopniu tej hierarchji, u człowieka, posiadającego już tylko oddziedziczoną, niesprecyzowaną, ogólnikową zdolność nastawienia uczuciowego, dodatniego lub ujemnego, zdobywa-

nia lub odtrącania. Człowiek przy swej filogenetycznej utracie elementów gnostyczno- i kinestetyczno- instynktowych posiada za to najsilniej rozwinięty trzeci element zespołu instynktowego, — element uczuciowy, — oraz najbardziej zróżniczkowany, precyzyjny aparat korowy, swoisty narząd dla wszelkich nabytków osobniczych.

Psychika ludzka, a zwłaszcza człowieka dojrzałego, jest *par excellence* zjawiskiem fenotypowem, wypadkową działania dwóch kategoryj sił, dziedzicznej i kondycjonalnej, a charakter jest jej nadbudową korową, nadbudową do pewnego stopnia trwałą, choć powstałą i powstającą stopniowo, jako wynik przenikania i ścierania się dwóch światów: świata tendencyj uczuciowych instynktowych oddziedziczonych (współczynnik syntonji) i świata uczuć nabytych, intelektualnych (współczynnik schizoidu), procesów psychofizjologicznych podkorowych i korowych, z zastrzeżeniem, iż to przenikanie i ścieranie się odbywa się tylko na płaszczyźnie kory mózgowej, jako wyłącznego terenu kształtowania się naszego życia psychicznego osobniczego.

Takie ujęcie ułatwia tłumaczenie nietylko konstytucjonalnych (syntonia, schizoid), ale i indywidualnych (fenotypowych) różnic charakteru.

Z i e l i ń s k i M.: *Konstytucja i charakter*, str. 66 — 74.

Badania nad dziedziczeniem niektórych psychoz cyklicznych i schizofrenicznych doprowadziły K r e t s c h m e r a do wyodrębnienia pojęcia konstytucji psychofizycznej, jako genotypicznie uwarunkowanej syntezy istotnych cech danej osobowości.

Powiązanie wielkich obrazów chorobowych, nadających przemijające albo trwałe piętno osobowości chorego, z pewnym typem struktury psychicznej pozwoliło na zestawienie i porównanie (coprawda tylko w grubych zarysach) pojęcia konstytucji, temperamentu i charakteru na podstawie dokładnie opracowanego materjału empirycznego. Obrazy psychoz endogenicznych przedstawiają się jako elementy genotypiczne, tworząc daną konstytucję, która posiada analogiczne oblicze normalne zbliżone do tego, co nazywamy temperamentem, czy charakterem.

Zdaniem B i r n b a u m a, niepomiernie ważną rolę w poznaniu struktury osobowości odgrywa zbadanie jej przekroju podłużnego, t. j. dziejów jej rozwoju osobniczego i genealogicznego pochodzenia (z linji ojca albo matki). W analizach charakterologicznych H o f m a n n a zarysowuje się wyraźnie grupa cech genotypicznych, mających zdolność realizowania się w osobowości wszystkich członków rodziny, obok szeregu fenotypicznych ukształtowań indywidualnych, odróżniających się poszczególnemi właściwościami, mieszczącemi się jednak w obrębie konstytucji rodzinnej.

Zawarte w charakterze elementy dziedziczno - biologiczne, jako składniki konstytucji, mogą w rozmaitem ugrupowaniu przyjść do głosu dzięki stosunkowo szerokim ramom, jakie pozostawiają zjawiska, właściwe pewnym okresom życia (procesy ewolucyjne i inwolucyjne organizmu) i wpływy zewnętrzne środowiska.

B a l e y S.: *Charakter normalny*, str. 75 — 86.

Autor wskazuje we wstępie, iż badania nad charakterem nie mogą być oddzielone od badań nad osobowością, i powołuje się na koncepcję o s o b o w o ś c i, podaną przez W. S t e r n a, jako na pojęcie najbardziej szero-

kie ze wszystkich dotychczas znanych w tej dziedzinie.

S t e r n określa osobowość, jako psychofizycznie neutralną, t. j. jako coś, co, obejmując całego człowieka, pozostaje nietknięte przez jego dwoistość somatyczno-psychiczną, (o s o b o w o ś ć s c a ł k o w a n a).

Neutralny personalizm S t e r n a szuka powiązań w całości, nieprzedzielonej jeszcze barjerą na sferę ciała i duszy. Dyspozycje, tkwiące w jądrze osobowości, nie są, zdaniem S. ani czemś cielesnem, ani też psychicznem, chociaż realizują się stopniowo zarówno w rozwoju ciała, jak i duszy.

Tak ujęte pojęcie osobowości daje możność wprowadzenia w nią pewnych wymiarów, dymensyj (t. zw. szeregów intrapersonalnych, biegnących przez różne strefy osobowości), które mogłyby ewentualnie przeniknąć ją nawylot, nie natrafiając po drodze na sztuczną zaporę rozdziału somatopsychicznego.

Co się tyczy pojęcia c h a r a k t e r u, to jest ono, zdaniem autora, zbyt ogólnikowe, zbyt szerokie, zbyt mgliste, zbyt rozmaicie pojmowane przez poszczególnych badaczy, by można na nim budować ścisłą wiedzę. Pozatem jest rzeczą mało prawdopodobną, by udało się kiedyś u człowieka określić i zakwalifikować jego charakter wogóle jako jakąś jednolitą dyspozycję: charakter bowiem, podobnie jak pamięć, inteligencja i t. p. istnieje nie w postaci jednej, lecz w różnych (jak istnieją np. inteligencja językowa, praktyczna, teoretyczna, techniczna). Wyłuszczona trudność skłoniła nawet niektórych psychologów amerykańskich do takiego sposobu traktowania zagadnień charakteru, które R o b a k określa jako „traktowanie rozdzielcze" *(„discret view")* — punkt widzenia, do którego przychyla się również autor.

B o r o w i e c k i S.: *Patologja charakteru,* str. 87 — 100.

Autor określa prowizorycznie charakter jako indywidualnie oddzielny sposób reagowania na bodźce zewnętrzne. Dla patologa czy klinicysty ten indywidualny rodzaj reakcji łączy się ściśle z usposobieniem do tych, czy innych chorób, wzgl. zboczeń.

Wszelka nauka o charakterze widzi w nim wytwór d z i e d z i c z n o ś c i i o t o c z e n i a. Wynika stąd pytanie, co położyć na karb usposobienia dziedzicznego, a co na karb warunków zewnętrznych. Badania nad patologją charakteru, powstawaniem psychoz i psychopatyj dostarczają wielu cennych przyczynków do wyjaśnienia roli poszczególnych czynników.

Wiadomości nasze o dziedziczności i konstytucji, jako podłożach charakteru, są na tyle skąpe, że trudno poprzestać na tych teorjach, „preformacji". Patologja charakteru musi wprawdzie zdawać sobie sprawę z zadatków i przyczyn dziedziczno-konstytucyjnych, niemniej winna mieć ustawicznie na uwadze sprawę rozwoju charakteru na tle s t o s u n k u j e d n o s t k i d o o t o c z e n i a.

Zdaniem autora, każdy konflikt nerwicowy chorego wykazuje oblicze społeczne niezgodności ze samym sobą i uwydatnia charakterystyczne odosobnienie neurotyka względem otoczenia rodzinnego, czy dalszego. Rodzaj psychopatji, zwanej nerwicą, przedstawia się w oczach autora jako rodzaj zaburzenia stosunku jednostki do otoczenia — jako jego nieudane rozwiązanie, a leczenie łączy się ściśle z wyrwaniem chorego z jego odosobnienia i z jego uspołecznienia. (Por. pracę autora p. t. „Stosunek jednostki do otoczenia w nerwicach", umieszczoną w Roczn. Psych).

Poglądy autora nie przedstawiają zjawiska oderwanego, lecz przeciwnie są

wyrazem tendencji nauki współczesnej o psychopatjach, w której coraz to głębsza analiza stosunków jednostki do świata i zewnętrznych sytuacyj życiowych wywalcza sobie prawa obywatelstwa. Powstanie charakteru nienormalnego, osobowości psychopatycznej, nie stanowi wyjątku pod tym względem: według S c h n e i d r a np. osobowości psychopatyczne są to osobowości anormalne, które z powodu swej nienormalności cierpią same albo sprawiają cierpienie społeczeństwu. Stosunek do społeczeństwa dobitnie zarysowuje się w tem określeniu jako kryterjum zdrowia, lub też zboczenia od niego .

S t e r l i n g W.: *Patologja charakteru w świetle nauki o wydzielaniu wewnętrznem,* str. 101 — 119.

Wykład, wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. dnia 24. I. 1933.

B o r n s z t e j n M.: *Charakter w świetle teorji psychoanalitycznej,* str. 120 — 139.

Kamieniem węgielnym, na którym wyrósł i wsparł się gmach nauki psychoanalitycznej, jest fakt niewzruszony istnienia s e k s u a l n o ś c i d z i e c i ę c e j, od urodzenia aż do okresu dojrzewania płciowego. W zależności od tego, jak odbywał się utajony rozwój dziecka pod względem seksualnym, w jakim stopniu zostały dotłumione przeżycia, związane z tym procesem, — człowiek więcej lub mniej odbiega od t. zw. normy psychicznej, t. j. prędzej, czy później zachorowuje na psychozę lub psychonerwicę, albo też pozostaje człowiekiem zdrowym.

Z tego punktu widzenia autor rozpatruje fazy rozwoju *libido* i ich wpływ na kształtowanie się charakteru. Dwa są zasadnicze okresy w rozwoju *libido* u dziecka: okres I-szy (od urodzenia aż do 3 — 4-go r. życia), czyli p r a e g e n i t a l n y — w tym okresie dziecko znajduje się przedewszystkiem pod znakiem swoistych pobudzeń płciowych, które nie są jeszcze związane z narządami płciowemi, są natomiast rozlane po całem ciele, umiejscowione w skórze, w ustach (faza o r a l n a), w otworze odbytowym (faza a n a l n a); cechą znamienną tego okresu jest narcyzm, autoerotyzm; okres II-gi natomiast g e n i t a l n y, czyli f a l l i c z n y, (od 3 — 6-go r. życia), odznacza się tem, że popędy cząstkowe okresu poprzedniego, związane z poszczególnemi obrębami ciała, przestają być autonomicznemi i podporządkowują się pod zwierzchnictwo narządu płciowego, pod względem zaś przedmiotu swego pożądania *libido* zaczyna wyraźnie przenosić się na objekty zewnętrzne, przedewszystkiem na najbliższe otoczenie.

Lata dziecięce pozostawiają głębokie piętno na dalszych losach człowieka i nadają różne znamiona jego charakterowi, usposobieniu, nawyczkom. Dzieje się to w sposób trojaki: 1) niektóre znamiona różnych okresów dziecięcych przechodzą wprost do okresu dojrzałości w zamazanej lub osłabionej postaci; 2) wskutek stłumienia jakiegoś popędu, związanego z pewną dziecięcą organizacją seksualną, występuje znamię odczynowe, sprzeczne z popędem, leżącym u jego podłoża; 3) wreszcie, popęd, mający swe praźródło i oparcie w płciowości dziecięcej, ulega swoistemu przeobrażeniu, oderwaniu od sfery płciowej i przeniesieniu na inną, wyższą płaszczyznę, do wyższej sfery uczuć lub umysłowości (u w z n i o ś l e n i e, s u b l i m a t i o).

Pierwszym, który wskazał na związek cech charakteru z seksualnością dziecięcą, był sam F r e u d. Według opisu F r e u d a t. zw. c h a r a k t e r a n a l n y wykazuje trzy cechy znamienne: 1) zamiłowanie do po-

rządku, które często przeradza się w pedanterję; 2) oszczędność, która łatwo przechodzi w skąpstwo i 3) upór, który przeradza się łatwo w silną przekorę.

Faza g e n i t a l n a jest okresem nadzwyczajnej wagi w życiu dziecka: fazy poprzednie tracą swą samodzielność i podporządkować się muszą zwierzchnictwu narządów płciowych; to podporządkowywanie odbywa się dzięki sile tłumienia faz poprzednich, które wykonywa naradzająca się j a ź ń, ś w i a d o m o ś ć. Autor omawia fizjologję (zespół E d y p a) i patologję (zespół kastracyjny, lęk o utratę narządu płciowego), fazy genitalnej, oraz przedstawia powstawanie w tym okresie wyższej instancji jaźni, n a d j a ź n i, t. j. nakazów wychowawczych, kulturalnych i moralnych, które stanowią czynnik nadrzędny, regulujący tłumienie popędów.

Uzgodnienie trzech składowych czynników jaźni: nieświadomego, jaźni świadomej i nadjaźni stanowi o przyszłym normalnym charakterze danego osobnika.

Opierając się na tych danych, autor podaje definicję charakteru człowieka, jako całokształtu impulsów efektywnych (włącznie z t. zw. wolą), który decyduje o stosunku do bliższego i dalszego otoczenia, stosunku do życia wogóle, całokształtu, którego tworzywem jest poskromione nieświadome życie popędowe w dzieciństwie. W tem tworzywie dopiero wielki rzeźbiarz—życie — rzeźbi wyraźne rysy oblicza charakterologicznego.

B a t a w i a S.: *Charakter przestępczy*, str. 140 — 161.

Autor w rozważaniach swych nie zajmuje się przypadkami chorobowemi, w których skłonności antyspołeczne występują na gruncie wyraźnie patologicznym na skutek choroby psychicznej (porażenie postępujące, otępienie starcze lub miażdżycowe, schizofrenja i t. p.), rozpatruje natomiast dziedzinę przestępstw najczęściej spotykanych, popełnianych przez przeciętnych osobników, bądź całkowicie pełnowartościowych pod względem psychicznym, bądź też wykazujących pewne właściwości psychopatyczne.

Badając podłoże charakteru przestępczego, należy, mając do czynienia z dorosłym przestępcą, badać genezę skłonności przestępczych, ujmując sprawę całą d y n a m i c z n i e, a nie statycznie, zwracając uwagę na okres jego dzieciństwa i lat młodzieńczych, odróżniając „nawarstwienia przestępcze" jako cechy wtórne, od istotnego podłoża dyspozycyj przestępczych.

Zagadnienie, w jakiej mierze różne dyspozycje psychiczne są wrodzone, a w jakiej nabyte w ciągu życia, należy do kategorji problemów najbardziej spornych, operujących danemi wielce hipotetycznemi. Dziedzina jednak t. zw. uczuć wyższych, poczuć społecznych i moralnych, — czynnik, kontrolujący pierwotne emocjonalne skłonności — jest bezsprzecznie czynnikiem wtórnym, nabytym, wytworem osobniczego rozwoju psychicznego, uzależnionym od wpływów ś r o d o w i s k a s p o ł e c z n e g o i w y c h o w a n i a.

Nie należy również zapominać, iż we wrodzonej strukturze psychicznej tkwić mogą sprzeczne dyspozycje, odmienne kontrastowo właściwości, z których jedne mogą się rozwinąć, a inne pozostać w stanie utajonym, w zależności od określonych wpływów wewnętrznych. Czynniki zewnątrzpochodne, środowisko społeczne, wpływy wychowawcze mogą nadać określony kierunek rozwojowi charakteru, tłumiąc pewne możliwości, urabiając i wyzwalając inne. Materjał odziedziczony jest w dużej mierze pla-

styczny oraz mniej lub więcej podatny na wpływy zewnętrzne.

W grupie przestępstw przeciw mieniu, najliczniejszej kategorji przestępstw (przeszło 80%), a jednocześnie najmniej znanej psychjatrom grupie przestępców, — znaczenie etjologiczne wrodzonych własności psychjatrycznych, wysuwane przez niektórych badaczy, nie jest przekonywujące: najistotniejsza w tych przypadkach dziedzina poczuć etycznych nie wykazuje istotnych braków w tym sensie, iż poczucia prawne i moralne osobnika, zaczynającego popełniać przestępstwa przeciwko mieniu, nie różnią się zasadniczo od poczuć innych osobników niewystępnych, pochodzących z tego samego środowiska społecznego.

Wielkie natomiast znaczenie w genezie przestępstw przeciw mieniu posiada wpływ środowiska, ulicy, złych warunków materjalnych i t. p.

W odróżnieniu od przestępstw przeciw mieniu, w etjologji przestępstw przeciwko osobie i w przestępstwach seksualnych znaczenie pewnych wrodzonych właściwości psychopatycznych jest niewątpliwie duże, zwłaszcza, iż alkoholizm — zjawisko typowe — jest w tych przypadkach szczególnie niebezpieczny. Ten właśnie typ chronicznego alkoholika jest głównym przedstawicielem odłamu „endogennych przestępców" (L e n z).

N e l k e n J. *Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-lekarskiem*, str. 162—178.

Zadaniem autora było wydzielenie patologicznych typów charakteru, nieobojętnych w znaczeniu sądowo-karnem, ze specjalnem uwzględnieniem najczęściej zdarzającego się w tej dziedzinie typu p a d a c z k o w e g o. Typ ten bezwzględnie zasługuje na uwagę z powodu swej powszedniości w kryminalistyce oraz trudności w rozgraniczeniu.

Dalej, autor przytacza za B i r n b a u m e m klasyfikację osobników padaczkowych i padaczkowatych (epileptoidalnych): I. typ b i e r n y, a s p o ł e c z n y: włóczędzy, żebracy, prostytutki padaczkowe; II. typ a g r e s y w n y, b r u t a l n y: z chorobliwie wzmożoną drażliwością, ze skłonnością do nienormalnych reakcyj afektywnych i zwłaszcza do niepomiernych wyładowań ruchowych — „skaza wybuchowa"; w typie tym uderza j e d n a k o w o powtarzający się nawrót, zarówno zaburzeń psychicznych, jak i deliktów kryminalnych; III. typ z w y r o d n i a ł e g o e p i l e p t o i d a, z niektóremi cechami swoistemi dla padaczki (skłonność do napadowych bólów głowy, zawrotów, zmienności nastroju; intolerancja alkoholowa), z cechami psychopatycznemi (niestałość — *Haltlosigkeit, pseudologia)*, wreszcie ze skłonnością do zaburzeń psychorodnych; IV. typ p a d a c z k o w o - u r a z o w y, posiadający wszystkie wymienione cechy w stopniu słabszym.

Padaczkowaci psychopaci nie są epileptykami, mają jednak z padaczką cechy wspólne: 1) wewnątrzpochodne powstawanie objawów (zmiany nastroju, *poriomania, dipsomania)*, 2) stałą lub zmienną intolerancję alkoholową (częstość patologicznych stanów upicia się), 3) wczesne objawy psychopatyczne w dzieciństwie (moczenie się, *pavor nocturnus)*.

Autor przytacza jeszcze inne podziały charakterologiczne padaczki *(Kretschmer:* typ n a d s p o ł e c z n y — *hypersoziales Syndrom* — typ raczej przeciwkryminalny z lepkością i ociężałością charakteru, z łatwowiernością, bigoterją, egocentryzmem, niesamodzielnością poglądów, skrępowaniem psychicznem i t. p., i typ w y b u c h o w y — *explosives Syndrom*, wyżej omówiony), zastanawia się nad konstytucją psychofizyczną padaczkowców (typ atletyczno-

dysplastyczny z b. rzadkim udziałem pikników), stara się w zarysie rozpatrzyć typy przestępców psychopatycznych i wreszcie wykazuje płodność charakterologji przyrodniczo-lekarskiej w porównaniu z teoretyzowaniem charakterologji filozoficznej.

Łuniewski W. *Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-cywilnem*, str. 129—187.

Zasady, jakiemi kieruje się prawo cywilne przy formułowaniu warunków ograniczenia rozporządzalności, różnią się istotnie od zasad, jakiemi kieruje się prawo karne w formułowaniu pojęcia „niepoczytalności".

Rozporządzalność jest atrybutem czysto indywidualnym: możność jej ograniczenia dopuszcza prawo cywilne tylko pod warunkiem, że leży to w interesie najszerzej pojętych wprawdzie, ale wyłącznie własnych spraw chorego lub jego rodziny.

Zasadniczym powodem ograniczenia rozporządzalności jest w myśl prawa „niezdolność zajmowania się własnemi sprawami", t. j. przedsiębrania aktów prawnych na podstawie rozumnej i przezornej deklaracji własnej woli.

Patologiczne odmiany i zmiany charakteru mają bardzo istotne znaczenie dla oceny cywilnej rozporządzalności (np. chwiejność, słabowolność, uległość wobec pokus alkoholu, rozrzutność, brak przywiązania do rodziny u alkoholika nałogowego, czyniące go niezdolnym „do załatwiania jego własnych spraw").

Szczególną postać ogólnej zdolności do działań prawnych, którą ustawy cywilne obwarowują specjalnemi przepisami, stanowi zdolność do sporządzenia testamentu.

Aktem prawnym, w którym właściwości charakteru kontrahentów odgrywają najpierwszorzędniejszą rolę, jest umowa ślubna. W stosunku do tej umowy prawo cywilne schodzi ze swego zasadniczego stanowiska ochrony indywidualnego interesu chorego i liczy się z tem, że właściwości patologiczne psychiki jednego z małżonków mogą dokuczać drugiemu wspólnikowi związku małżeńskiego.

Z tego punktu widzenia autor rozpatruje art. 69 projektu prawa małżeńskiego, uchwalonego przez Kom. Kodyfikacyjną Rzpl. Pol. dn. 28.5. 1929. Artykuł ten w 15 punktach wymienia powody „trwałego rozkładu pożycia małżeńskiego", uprawniające do rozłączenia małżeństwa na tej zasadzie: z wyjątkiem 4-ch punktów, które dotyczą okoliczności fizycznych lub prawnych, w pozostałych 11-u punktach mamy do czynienia z okolicznościami ściśle związanemi z charakterem współmałżonka (np. nastawanie na życie współmałżonka, lub dzieci, ciężkie obelgi, zniewagi, potwarze; odmawianie rodzinie środków utrzymania; hulaszczy lub rozwiązły tryb życia, nałogowe oddawanie się pijaństwu lub narkomanji, choroba umysłowa, przez trzy lata ciągle trwająca i t. p.).

Fuhrman I. *Szpital psychjatryczny ośrodkiem higjeny psychicznej*, str. 188—194.

Praca oparta na wynikach zwiedzania zakładów psychjatrycznych w Niemczech i Szwajcarji oraz na przesłankach nowego ruchu higjeny psychicznej w sensie t. zw. amerykańskiej „*Mental Hygiene*" (Beers, 1908), mającej na celu poprawę opieki nad psychicznie chorymi oraz ochronę publicznego zdrowia psychicznego.

Wnioski: 1) W starych zakładach psychjatrycznych należy zredukować do minimum oddziały dla chorych chronicznych, przenosząc ich do którejś z postaci opieki pozazakładowej (opieka

rodzinna heterofamilijna, przychodnie i poradnie higjeny psychicznej i t. p.).

2) Nowe szpitale psychjatryczne należy wyposażyć we wszelkie środki i możliwości dla jak najskuteczniejszego leczenia i jak najszybszego przeprowadzenia pacjenta z opieki zamkniętej do otwartej.

3) Psychjatrów zakładowych należy wciągnąć do pracy poza zakładem: w przychodniach, poradniach, kontroli opieki otwartej i innych działach higjeny psychicznej.

4) Każdy szpital psychjatryczny winien stać się ośrodkiem higjeny psychicznej dla swego okręgu.

Babiński Józef, wspomnienie pośmietrne, str. 199.

Flatau Edward, wspomnienie pośmiertne, str. 200.

Goldflam Samuel, wspomnienie pośmiertne, str. 201.

Smólski Józef, wspomnienie pośmiertne, str. 201.

G r z y w o - D ą b r o w s k i W. *Polska bibljografja psychjatryczna za rok 1932,* str. 215—220.

Dr. H. Wasserman.

LEKARZ WOJSKOWY, 1933, T. XXII, Nr. 1, z 1 lipca, str. 1—56.

Z e m b r z u s k i L. *Konstytucja fizyczna i psychiczna oraz choroby Napoleona,* str. 3—13 (dokończenie nastąpi).

M y d l a r s k i J. *Budowa fizyczna młodzieży męskiej roczników 1906 do 1909 w świetle materjałów komisyj poborowych,* str. 14—27 (ciąg dalszy nastąpi).

D o b a c z e w s k i E. *Pomoc okulistyczna w polu w czasie wojny,* str. 28—32.

M a l i n o w s k i A. *Przyczynek do leczenia wąglika (anthrax) surowicą swoistą,* str. 33—35.

M i t t l e n e r I. *Uzębienie jako czynnik przyczynowy schorzeń narządów wewnętrznych oraz aparatu ruchowego,* str. 36—41.

Z i e n k i e w i c z ó w n a J. *Sprawozdanie Sanatorjum Wojskowego im. Marszałka Piłsudskiego w Zakopanem,* str. 42—48 (dokończenie nastąpi).

LEKARZ WOJSKOWY, 1933, T. XXII, Nr. 2, z 15 lipca, str. 57—104.

K o n d r a t o w i c z W. *Wartość lecznicza wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej w nadkwaśnościach żołądkowych,* str. 57—65.

Wyciąg tylnej części przysadki mózgowej, podany podskórnie, zgodnie z danemi z piśmiennictwa, zahamowuje wydzielanie kwasu solnego w treści żołądkowej. Działanie to jest jednak przelotne, nie pozostawia trwałych śladów w postaci obniżenia kwasoty i zmniejszenia ilości treści. Hormon tylnej części przysadki nie może więc być uważany za objawowy lek przy nadkwaśności żołądkowej.

Z e m b r z u s k i L. *Konstytucja fizyczna i psychiczna oraz choroby Napoleona I,* str. 66—76 (dokończenie).

M y d l a r s k i J. *Budowa fizyczna młodzieży męskiej roczników 1906 do 1909 w świetle materjałów komisyj poborowych,* str. 77—86 (ciąg dalszy).

G ł o w i ń s k i C. *Środki transportowe dla rannych w przedniej linji bojowej,* str. 87—94.

Autor rozważa sprawę ewakuacji rannych z przedniej linji bojowej, oraz mówi o użyciu środków transportowych, które przyczynią się do zmniejszenia wysiłków sanitarjuszy. W tym celu proponuje użycie wózka francuskiego systemu Lefebra, oraz wspomina o kółkach,

które można przymocowywać do noszy, tworząc w ten sposób nosze — taczkę. Podczas zimy proponuje zastosowanie do transportowania rannych z pola walki narty, odpowiednio skonstruowane. Zastosowanie nart zwiększa szybkość transportu 4 — 5 krotnie, a ewakuacja odbywa się trzy razy szybciej.

Zienkiewiczówna J. *Sprawozdanie Sanatorjum Wojskowego im. Marszałka J. Piłsudskiego w Zakopanem,* str. 95—99 (dokończenie).

sk.

PEDJATRJA POLSKA, 1933, T. XIII, z. 3 (poświęcony IV Zjazdowi Lekarzy Słowiańskich i XIV Zjazdowi Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu), str. 115—182.

Zienkiewicz J. *Badania nad zawartością cholesteryny w surowicy krwi dzieci zdrowych i w różnych stanach chorobowych,* str. 115—144.

Autor podaje w zarysie historję wyodrębnienia cholesteryny z kamieni żółciowych przez Conradi'ego w XVIII wieku oraz jej cechy charakterystyczne. Cholesteryna jest częścią składową każdej żywej komórki zwierzęcej i roślinnej. Według Lindemana, nadnercza zawierają cholesteryny 5‰, licząc w stosunku do wagi surowego narządu, mózg — istota szara — 1,96%, istota biała — 3,26%, nerki, śledziona, wątroba i płuca — 0,3 do 0,4%; mięśnie, serce i szkielet — 0,2%, skóra — 0,28%, włosy — 0,4%, tłuszcz skórny zawiera — 2,8 — 19,6%, tłuszcz podskórny tylko — 0,18%.

Sprawa przemiany cholesterynowej w ustroju ludzkim i zwierzęcym dotychczas nie jest wyjaśniona dostatecznie. Jedni przypuszczają, że ustrój kręgowców nie jest zdolny do syntezy cholesteryny, a czerpie ją z pokarmów, narządy zaś tylko magazynują nadmiar pobranej z pokarmu cholesteryny. Inni autorzy uważają, że cholesteryna może powstawać w ustroju drogą syntezy lub przeróbki w poszczególnych narządach. Podzielone są również zdania, jaki narząd uskutecznia syntezę cholesteryny w ustroju. Przeważa jednak zdanie, że nadnercza nietylko magazynują cholesterynę, lecz biorą czynny udział w jej wytwarzaniu.

Dalej autor szczegółowo analizuje piśmiennictwo w sprawie hypercholesterynemji u kobiet, oraz podaje wyniki badań nad cholesterynemją u ciężarnych w poszczególnych miesiącach ciąży. Następnie omawia sprawę cholesteryny we krwi u niemowląt, przytacza badania Iwienskiej i Grigorjewa, Gordona i Cohna oraz wyniki swoich badań w Żłobku im. Marji i Gniazdku św. Teresy.

Ogółem zbadano 663 przypadki, z czego kobiet ciężarnych 60, dzieci bez objawów chorobowych 113, i dzieci chore na rozmaite sprawy chorobowe 490. Badań dokonano 935.

Wyniki badań wykazały:

U ciężarnych, poza nieznaczną hypocholesterynemją w drugim i trzecim miesiącu ciąży, stwierdzano znaczną hipercholesterynemję, sięgającą swego maximum w 7 i 8-ym miesiącu ciąży (2,47‰). Hipercholesterynemja ta nieco się obniżyła w 9-tym miesiącu i spadła poniżej normy (1,41‰) w ostatnich dniach ciąży.

U dzieci wolnych od objawów chorobowych najniższe miano cholesteryny występuje w I-szym miesiącu życia (0,88‰), w I-em półroczu dosięga 1,08‰, w dalszym okresie życia dziecka podnosi się do 1,5‰, z nieznacznemi odchyleniami w jedną lub drugą stronę.

We krwi dzieci z ostremi chorobami zakaźnemi stwierdzano znaczne obniżenie miana cholesteryny w czasie trwania duru brzusznego, rzekomego i plamistego. Im cięższy był przebieg duru, tem miano cholesteryny było niższe.

W odrze stwierdzono hypocholesterynemję w okresie wysypki, która jednak w okresie powysypkowym dość szybko dochodziła do normy.

W płonicy obniżenie ilości cholesteryny utrzymywało się dość długo, szczególnie w przypadkach powikłanych zapaleniem ucha środkowego i gruczołów chłonnych.

W większości przypadków gośćca stawowego stwierdzano hypocholesterynemję najwyraźniej występującą w przypadkach z daleko posuniętemi zmianami ze strony serca.

W zapaleniu meningokokowem opon mózgowych, nie udało się w przeważającej liczbie przypadków znaleźć wyraźnie występującej hipocholesterynemji.

Obniżenie miana cholesteryny wykryto w zapaleniach opon mózgowych pochodzenia surowiczego.

W większości spraw chorobowych połączonych z ropieniem, znajdywano znaczne obniżenie miana cholesteryny.

W chorobach zakaźnych przewlekłych, jak gruźlica rozmaitych narządów, kiła wrodzona i zimnica nie stwierdzano jednakowych wyników, wykrywając u chorych gruźliczych tak normo, jak hipo i hipercholesterynemję. Liczby najbardziej obniżone otrzymano u chorych z gruźlicą prosówkową i w przypadkach gruźlicy płuc o cięższem przebiegu, ze znacznemi wahaniami ciepłoty.

Zwiększenie miana cholesteryny zauważono w większości przypadków gruźlicy kostnej i w przypadkach gruźlicy płuc i gruczołów, nieczynnej lub mającej przebieg łagodny, przy dobrym ogólnym stanie dziecka.

W kile wrodzonej niemowląt i dzieci starszych w większości przypadków zauważono hipocholesterynemję, jedynie w przypadkach cięższej kiły u niemowląt, z wyraźnie powiększoną wątrobą i śledzioną, znaleziono nieznaczną hipercholesterynemję.

W zimnicy w okresie napadów i wysokich wahań ciepłoty stwierdzano dość znaczną hipocholesterynemję, w okresie poprawy stopniowe zwiększenie zawartości cholesteryny.

W chorobach konstytucjonalnych: w przebiegu skazy wysiękowej zauważono dość wyraźne obniżanie miana cholesteryny, w krzywicy nie otrzymano wyników jednakowych, poza przypadkami z rozmiękczeniem potylicy, gdzie w większości wystąpiło obniżenie miana cholesteryny.

W wypadkach niedokrwistości jak i białaczek wykryto dość znaczne obniżenie cholesteryny.

W cukrzycy znaczną hipercholesterynemję stwierdzono w przypadku z uporczywą glikozurją i acetonemją jako też w okresie śpiączki cukrzycowej.

W zaburzeniach pokarmowych hipocholesterynemja występowała najwyraźniej w ostrych zatruciach pokarmowych i nieżytach grubego jelita o ciężkiem przebiegu. W żółtaczce nieżytowej otrzymano wyniki sprzeczne.

Z chorób dróg oddechowych: hipocholesterynemję stwierdzano w zapaleniach płuc; utrzymywała się ona przez cały czas choroby, dochodząc do normy dopiero w kilka dni po spadku ciepłoty.

W schorzeniach opłucnej wyraźniejsze zmniejszenie miana cholesteryny wykryto w ropnych zapaleniach opłucnej.

W dychawicy oskrzelowej hipercholesterynemja sięgała 3°/₀₀.

W schorzeniach nerek i dróg moczowych wybitniejszą hipercholesterynemję stwierdzano w przypadkach mieszanych zapaleń kanalików i kłębuszków nerkowych. W pozostałych schorzeniach brak było jednakowych wyników.

Ze schorzeń układu nerwowego, najwyraźniejsze zmniejszenie ilości cholesteryny otrzymano u chorych na padaczkę.

G a d o m s k a H. *O syntropji stanów chorobowych,* str. 145—149.

Myśl, że rządzi nie przypadek, ale że występuje jakiś głębszy związek pomiędzy pewnemi stanami chorobowemi, powzięta została w medycynie już bardzo dawno. W tym kierunku autorka rozpatruje szereg chorób i doszukuje się pomiędzy niemi pewnej zależności, czyli t. zw. syntropji stanów chorobowych. Przytacza kilka tablic i zestawień.

Przeglądając więc dodatnie indeksy syntropiczne, autorka wysnuwa następujące wnioski:

1) dzieci dystroficzne są skłonne do krzywicy, skazy wysiękowej, tężyczki, zapalenia oskrzeli, colitis;

2) rachitycy są skłonni do zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, tężyczki, colitis, anginy, a z chorób zakaźnych — do błonicy;

3) dzieci ze skazą wysiękową mają wysoki indeks z entero-colitis, błonicą;

4) tężyczka występuje u dzieci rachitycznych, dystroficznych, przebiega często z colitis i anginą;

5) zapalenie płuc ma dodatnią syntropję z krzywicą, a z chorób zakaźnych z odrą, kokluszem, influenzą;

6) gruźlica niema dodatniej syntropji z żadną chorobą, a ze skazą tylko z wysiękową;

7) angina niema wcale powinowactwa z wadą serca, a tylko z reumatyzmem i pląsawicą. Wady serca zaś mają wysoki wskaźnik syntropiczny z reumatyzmem i pląsawicą.

8) największe powinowactwo z innemi chorobami posiada enterocolitis;

9) kiła ma dodatni wskaźnik z nieżytem oskrzeli, pląsawicą, reumatyzmem stawowym;

10) do błonicy skłonne są dzieci z krzywicą i skazą wysiękową;

11) influenza i koklusz mają syntropję z zapaleniem oskrzeli, zapaleniem płuc, enterocolitis;

12) odra ma wysoki wskaźnik z zapaleniem płuc, z zapaleniem opłucnej, nieżytem kiszek;

13) szkarlatyna najczęściej przebiega z wadą serca.

M a n d e l s o w a S. *O błonicy utajonej nosa u noworodków,* str. 150—155, (doniesienie tymczasowe).

Autorka opisuje przypadki zachorowań zdrowych noworodków między 8 — 10 dniem życia, o zespole objawów, przypominających ostre zatrucia pokarmowe lub też dekompozycję, kończące się przeważnie śmiercią. Przy szczegółowych badaniach śluzu nosa znaleziono obecność prątków błonicy. Zastosowano wtedy 5000 j. surowicy swoistej, co dało bardzo dobry skutek.

B u s s e l M. i S u l k e s J. *Dwa przypadki rodzinnej nerczycy lipoidowej,* str. 156—161.

Opis przypadków, w których zasługuje na podkreślenie:

1) rodzinny charakter cierpienia, 2) wczesny początek cierpienia, 3) okresowość cierpienia, 4) obniżona odporność ustroju i 5) uszkodzenie naczyniowej części nerek.

C. Gł.

CZASOPISMO SĄDOWO-LEKARSKIE 1933, R. VI, Nr. 2, str. 63—134.

G r z y b o w s k i M. *Podstawy orzecznictwa dermatologicznego,* str. 63—73.

G r z y w o-D ą b r o w s k i W. *Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego za rok 1932,* str. 74—80.

G r z y w o-D ą b r o w s k i W. *Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za rok 1932,* str. 81—90.

N a t a n s o n A. *Orzecznictwo ginekologiczne i położnicze*, str. 91—105.

S z a r b e T. *O naglej śmierci we wczesnym wieku dziecięcym*, str. 106 114.

Przy nagłej śmierci dzieci zdrowych można znaleźć na sekcji takie zmiany w narządach, które były pośrednią przyczyną ich śmierci.

Nieznalezienie widocznych zmian chorobowych, jak również brak zmian chorobowych, nasuwa podejrzenie śmierci gwałtownej; w tych przypadkach należy przeprowadzić ścisłe badania, gdyż dzieci z powodu swej bezbronności mogą być zgładzone przy pomocy takich środków, które nie pozostawiają śladów.

Jeżeli przestępstwa takie nie zostaną wcześnie rozpoznane, może to się przyczynić do ich rozpowszechnienia.

sk.

POLSKA STOMATOLOGJA, 1933, R. XI, Nr. 2 z lutego, str. 36—60.

C i e s z y ń s k i. *O leczeniu „Stomatitis ulcerosa"*, str. 33—46.

W „stomatitis ulcerosa", poza czynnikiem drobnoustrojowym (bacc. fusiformis i spirocheta refringens Vincenti), ważnym momentem sprzyjającym jest z jednej strony zmniejszona odporność ustroju na skutek wyniszczenia chorobami zakaźnemi, niedostatecznem odżywianiem i t. p., z drugiej strony niedostateczna higjena jamy ustnej, kamień nazębny, resztki korzeni zgorzelinowych, kieszonki przyzębia, szczególnie przy wyrzynających się zębach mądrości, uszkodzenie naczyń włosowatych dziąseł np. przy stomatitis mercurialis i bismutica.

Leczenie:

1) miejscowo: a) przez dokładne usunięcie nalotów i kamienia nazębnego,

b) stosowanie środków odkażających: camphenol lub 10% collargol albo 20 — 30% arg. nitr. do kieszonek (zabarwia zęby!), w lekkich przypadkach 10% ac. chromicum 3 razy dziennie,

c) płukanie roztworem sublimatu 1:10.000 przez 1½ do 2 minut, lub roztworem kali chlor. 3 razy dziennie i co pół godz. naparem z rumianku, przez 3 minuty,

d) śluzówkę policzkową i wargową chroni a. przed stykowem owrzodzeniem za pomocą drenu gumowego lub płytki woskowej owiniętej gazą zwilżoną 10% collargolem i zakładanej do przedsionka 3 razy dziennie na przeciąg 2 godzin;

2) ogólnie: a) przez dobre odżywianie możliwie bogate w witaminy,

b) w razie braku poprawy po 3-ch dniach, zastrzyk omnadyny lub propidonu w odstępach 3 — 4 dniowych.

Profilaktycznie zaleca a. wydezynfekować szczoteczkę do zębów, używaną przed chorobą przez włożenie do alkoholu 70%, na przeciąg 12 godz.

Przy podejrzeniu białaczki należy wcześnie przeprowadzić badania hematologiczne. *Mittlener I.*

ZDROWIE, 1933, R. XLVIII, Nr. 7—8 15 kwietnia, str. 285—416.

K a c p r z a k M. *Od redakcji*, str. 285—289.

Autor omawia stan naszych uzdrowisk. Pod względem wartości leczniczych uzdrowiska nasze są niewystarczająco zbadane i wątpić należy, czy można w nich leczyć wszystkie schorzenia. Pośrednio z wartością leczniczą uzdrowisk wiążą się urządzenia techniczne, niezbędne dla należytego wyzyskania ich naturalnych skarbów. I w tej dziedzinie są poważne braki, które zrażają chorych.

Ogólny stan sanitarny (ulice, podwórza, woda, usuwanie nieczystości i t.d.) naszych uzdrowisk również jest niedostateczny, co w znacznej mierze przyczynia się do skarg kuracjuszów i zniechęca do uzdrowisk krajowych.

Trzecia kategorja braków dotyczy niedbalstwa i różnego rodzaju niedociągnięć personelu obsługującego.

Personel winien być należycie fachowo wyszkolony, a nawet ludność zamieszkująca miejscowości uzdrowiskowe, (utrzymująca się z kuracjuszów) winna być tak wychowana, żeby każdy kuracjusz w uzdrowisku czuł się dobrze wśród przyjaznej atmosfery.

Ostatnią kategorją niedomagań jest niedostosowywanie się uzdrowisk do stanu materjalnego kuracjuszów.

Wszystkie te braki przyczyniają się do omijania krajowych uzdrowisk na korzyść zagranicznych.

Graba-Łęcki W. *Najnowsze zdobycze inwestycyjne w zdrowiskach w zakresie sanitarno - technicznym*, str. 290—305.

Autor opisuje najnowsze zdobycze inwestycyjne w uzdrowiskach zagranicznych, które zwiedził szczegółowo w liczbie 30-tu. Przeprowadza porównanie między temi uzdrowiskami a naszemi pod względem urządzeń, oraz proponuje szereg inwestycyj w poszczególnych uzdrowiskach polskich.

Budzyński E. *Badania naukowe wód mineralnych zdrojowisk polskich ze szczególnem uwzględnieniem źródeł państwowych*, str. 306—317.

Walory lecznicze naszych zdrojów mineralnych są dotychczas niedostatecznie zbadane pod względem naukowym, dzięki czemu nie są spopularyzowane w sferach lekarskich i wśród szerokiej publiczności.

Wykonane badania opisuje autor dokładnie w stosunku do każdego zdroju, podając jednocześnie zarys historyczny tych badań.

Na zakończenie wysnuwa następujące wnioski:

1) za naczelny postulat należy uważać stworzenie Instytutu Balneologicznego, który stałby się centralą naukowo-kierowniczą w dziedzinie badań naukowych oraz wyszkolenia lekarzy zdrojowych;

2) należy stworzyć chociażby jedną katedrę balneologji;

3) należy zorganizować przy zakładach i klinikach uniwersyteckich specjalne komórki zdrojowe, któreby prowadziły pracę balneologiczną;

4) należy stworzyć we wszystkich zdrojowiskach pracownie zdrojowe na wzór niemieckich Quellen Laboratorien;

5) należy dbać o odpowiedni dobór pracowników i stworzenie potrzebnej aparatury naukowej, umożliwiającej ciągłą pracę nad zagadnieniami balneologji.

Rymkiewicz T. *Rażące braki w zdrojowiskach polskich*, str. 318—329.

Autor zwiedził szereg zdrojowisk polskich, oraz zebrał ankietę z uzdrowisk, w których nie był osobiście. Na podstawie zebranych materjałów omawia następujące braki naszych uzdrowisk.

Ustawy o uzdrowiskach, plan regulacyjny, sprawę urządzeń zabezpieczających, dostateczne zaopatrzenie w dobrą wodę do picia i urządzeń należycie usuwających wody ściekowe i odpadki.

Okazało się, że niema obecnie ani jednego zdrojowiska, któreby posiadało wodociąg i prawidłową kanalizację do powszechnego użytku. Kanalizację części terytorjum posiada 6 zdrojowisk, w 4-ch z nich jest to kanalizacja wadliwa.

Sprawa usuwania śmieci również pozostawia wiele do życzenia, gdyż często śmiecie wywożone są nieodpowiedniemi wozami.

Dalej mówi o zanieczyszczeniu powietrza w zdrojowiskach pyłem drogowym, dymem z kominów fabrycznych; o hotelach, pensjonatach i pokojach umeblowanych, letnim charakterze budynków, sprawie aprowizacji oraz komunikacji.

Następnie omawiane są braki, dotyczące zdrojów mineralnych i sprawy wykorzystania bogactw naturalnych przez zakłady zdrojowe.

Wreszcie autor zastanawia się nad sprawą praktyki lekarskiej w zdrojowiskach uważając ją za nieuregulowaną. Przeciwny jest praktyce lekarskiej sezonowej i uważa, że lekarzem uzdrowiskowym powinien być tylko specjalista w zakresie balneologji.

I w a n o w s k i W. *Popularyzacja leczenia w zdrojowiskach*, str. 330—335.

Przed wojną światową leczenie zdrojowo-kąpielowe, czyli t. zw. „wyjazdy do wód" były poniekąd wyłącznym udziałem ludzi bogatych.

Wojna światowa, poczyniwszy w ustroju społecznym zasadnicze zmiany, odbiła się bardzo korzystnie na zdrojowiskach, demokratyzując je i otwierając ich skarby lecznicze dla szerokich warstw społeczeństwa.

Dzięki temu charakter uzdrowisk zaczyna się zmieniać. Stają się one kuźniami i skarbnicami zdrowia dla tych, którzy chcą to zdrowie poratować. Ze względu na doniosłe znaczenie leczenia zdrojowego należałoby je jak najbardziej popularyzować, staje jednak temu na przeszkodzie szereg różnych usterek.

Na pierwsze miejsce wysunąć należy sprawę mnożenia się zdrojowisk. Najmniejsze źródełko, zawierające ślady składników mineralnych, znajduje eksploatatora, który nic nie dając, chce ciągnąć zeń jak największe korzyści.

Przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak w kraju instytucyj naukowych, któreby przeprowadzały klasyfikację źródeł, przewartościowanie zdrojów i tp.

Drugim szkodliwym objawem jest zbyt hałaśliwe reklamowanie zdolności leczniczych zdrojów, które nie mogą zadość uczynić wszystkim obietnicom, podawanym w reklamie, co bezsprzecznie w wielu wypadkach bardzo zraża chorych.

Trzecią poważną usterką jest nieuregulowana dotychczas sprawa napływu nowych lekarzy do uzdrowisk i zagadnienie praktyki uzdrowiskowej wykonywanej przez lekarzy, nie znających zasad hydro-, balneo-, elektro- i klimatoterapji.

Wszystkie te bolączki odbijają się ujemnie na rozwoju naszych zdrowisk.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Towarzystwa Higjenicznego w 1932 roku, str. 338—356.

Sprawozdanie z działalności Komitetu Sanatorjum w Rudce za rok 1932, str. 357—361.

Sprawozdanie lekarskie Sanatorjum w Rudce za rok 1932, str. 362—395.

Sprawozdanie z działalności Ogrodów im. W. E. Rau'a w 1932 r., str. 396—401.

Sprawozdanie Komitetu Zarządzającego Instytutu Higjeny Dziecięcej im. bar. de Lenvala za rok 1932, str. 402—408.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie za czas 1931 — 1932 r., str. 409—413.

Sprawozdanie Oddziału Polskiego Towarzystwa Higjenicznego w Mielcu, str. 414.

C. Gl.

ŻYCIE DZIECKA, 1933, R. II, Nr. 4 — 5 kwiecień, maj, str. 97—134.

T o e p l i t z T. *Dziecko w planie miasta*, str. 97—105.

Omawiając plan rozbudowy miasta, autor cytuje ustęp Arystotelesa: „miasto tak należy budować, by ludzie byli w niem zdrowi i szczęśliwi". Plan miasta winien mieć na uwadze należyty rozwój dziecka.

A dziecku potrzeba powietrza, słońca, swobody i bezpieczeństwa.

Wszystkie te alternatywy autor omawia szczegółowo. W odległości 400 — 500 mtr. od domu dziecko musi znaleźć plac zabaw. Liczba i powierzchnia tych placów w mieście powinna być tak obliczona, by na każde dziecko (w wieku 5 — 15 lat) przypadło 2 — 3 mtr^2 przestrzeni. Plac winien być otoczony drzewami i zielenią, a wewnątrz pusty, dający całkowitą swobodę.

Dalej autor omawia sprawę placów w Ameryce.

Wracając do rozplanowania miasta, autor podaje jedną z zasad uchwalonych przez kongres w r. 1931 w Ameryce: „bezpieczeństwo dzieci winno być zapewnione przez zaprojektowanie takiego systemu ulic, by dziecko nigdy nie musiało przechodzić przez ulicę, idąc do szkoły lub do placu zabaw".

Na zakończenie autor wzywa: „trzymajmy dzieci zdala od ulicy", przywodząc jednocześnie statystykę wypadków. W r. 1931 w Warszawie na ogólną liczbę 2160 wypadków związanych z ruchem ulicznym — 404 dotyczyło dzieci poniżej 15 lat.

S t a t t e r M. *Higjena turystyki*, str. 106—111.

Autor omawia warunki życia miejskiego, oraz szkodliwy wpływ ich na zdrowie. Ażeby usunąć małe i większe szkody, powstające w organizmie w ten sposób, należy zwrócić się ku turystyce, gdzie na łonie natury, zdala od monotonji i napięcia życia wielkomiejskiego zapomina się o troskach życia codziennego. Zwyczajne wędrowanie w najprostszych i naturalnych warunkach jest najlepszem sposobem wyrównania szkód, powstałych w organizmie od kurzu, dymu i zgiełku wielkomiejskiego.

Z i m m e r s p i t z ó w n a I. *Reportaż*, str. 112—114.

Obrazek, kreślący warunki, w jakich odbywa się praca młodocianych w warsztatach.

B a b i c k i I. *Dzieci się bawią*, str. 115—118.

Artykuł z działu zagadnień wychowawczych.

Dziecko zabawą zaprawia się do życia. Zabawy dziecięce — to instynktowne wnikanie w zawiłości życia, to „umocnienie i rozwój narządów i skłonności rosnącego osobnika z własnej wewnętrznej pobudliwości i bez żadnego celu zewnętrznego" (Groos).

Autor apeluje, by nieprzeszkadzać zabawom dziecięcym; dziecko ma prawo do zabawy, a dorośli mają obowiązek zapewnić mu warunki do korzystania z tego prawa.

C h r a p o w i c k i T. *Gry i zabawy jako czynnik wychowawczy*, str. 119—127.

Autor omawia znaczenie wychowawcze gier i zabaw dzieci i młodzieży oraz przeprowadza różnicę między zabawami dzieci i grami sportowemi młodzieży. O ile przy stosowaniu zabaw i gier musimy dążyć do unikania znużenia dziecka, jednostronności ćwiczeń i nieustanności, to w grach sportowych, dając je już starszej młodzieży, musimy drogą starannej zaprawy dążyć systematycznie, bez hazardu, do usprawnienia organizmu ludzkiego, by ten w wyniku poprzedzających przygotowań mógł pokonać ten wysiłek, jakiego wymagają od grających gry sportowe.

B o g d a n o w i c z o w a Z. *Znaczenie wychowawcze ogrodów Jordanowskich*, str. 128—134.

Autorka kreśli historję ogrodów Jordanowskich, oraz wspomina o analogicznych ogrodach w Ameryce. Dalej omawia znaczenie ogrodów na psychikę i na rozwój fizyczny dziecka na podstawie

swoich obserwacyj w ogrodzie dziecięcym P. U. W. F. w Warszawie, powstałym w r. 1929.

C. Gl.

NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE, 1933, R. VII, Nr. 13—14, z 15 lipca, str. 169—184.

F a l k o w s k i S. *Ku naprawie*, str. 174—175.

F r o m m e r W. *Upadek materjalny lekarzy i środki zaradcze*, str. 175—176.

S o b o c z y ń s k i E. *Obsadzanie i uposażenie stanowisk lekarzy szpitalnych*, str. 178—179 (ciąg dalszy nastąpi).

D r a c J. *Stan nauczania terapji fizykalnej w uniwersytetach zagranicą i u nas*, str. 179—180.

sk.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH, 1933, R. VIII, Nr. 9, z września, str. 467—506.

C z a r n o c k i W. *Wytyczne do umów z lekarzami*, str. 467—470.

S a s o r s k i S. *Pierwiastek opieki w ubezpieczeniu społecznem w Polsce*, str. 470—472.

B a u m g a r t e n J. *System repartycyjnego pokrycia składek w ubezpieczeniu społecznem*, str. 472—476.

Z a w a d z k i J. *Ściąganie składek i ewidencja ubezpieczonych w ustawie o ubezpieczeniu społecznem*, str. 476—480.

B u j a l s k i J. *Personel pomocniczo-lekarski w instytucjach ubezpieczenia na wypadek choroby w 1931 r.*, str. 483—489 (dokończenie nastąpi).

sk.

CASOPIS LEKARU CESKYCH, 1933, R. LXXII. Nr. 28, z 14 lipca, str. 861—888.

G j u r i ć A. *Infekcyjna żółtaczka pogrypowa*, str. 861—863.

P o s t r a n e c k y O. *Hyperglycaemia pierwotna odruchowa oraz stosunek jej do podniesienia się poziomu cukru we krwi po glukozie*, str. 863—868.

Pierwotna hyperglycaemia odruchowa przejawia się podniesieniem poziomu cukru we krwi z chwilą zadziałania na śluzówkę żołądka lub dwunastnicy glukozy podanej doustnie. Zadziałanie to wywołuje odruch nerwowego systemu roślinnego, pod wpływem którego wątroba „wyrzuca" do krwiobiegu pewną ilość znajdującego się w niej wolnego cukru. Zubożenie wątroby w cukier zmniejsza jej czynność asymilacyjną w stosunku do glukozy, resorbowanej z przewodu pokarmowego, wskutek czego część glukozy przedostaje się z wątroby do krwiobiegu, powodując hyperglycaemję pokarmową. Poziom hyperglycaemji pokarmowej zależy więc nie tylko od ilości glukozy podanej doustnie, ale również tak od zapasu wolnego cukru w wątrobie, jak i siły odruchu nerwowego systemu roślinnego. Odruch ten jest jednym z czynników aparatu glukozoregulacyjnego za pomocą którego, według zapotrzebowania ustroju na cukier, zmienia się ilość wolnego cukru w wątrobie. Hyperglycaemia pokarmowa jest więc wyrazem dążenia ustroju do maksymalnego wykorzystania znajdującego się we krwi cukru.

K u r z J. *Zmiany wsteczne w tęczówce*, str. 868—872.

Autor opisuje 4 przypadki, w których obserwował: 2 razy kryształki cholesteryny w komórce przedniej i w soczewce, inkrustację tęczówki solami wapna oraz

xantosis iridis. Wszystkie przypadki przebiegały z pełną utratą wzroku, połączoną z dużym wahaniem ciśnienia w gałce ocznej. Obraz chorobowy w takich przypadkach powstaje prawdopodobnie pod wpływem miejscowych zmian wstecznych, przyczyny ogólne, natomiast, jak poziom cholesteryny we krwi, roli nie odgrywają.

Stastnik E. *Nasze doświadczenia leczenia iridocyclitis, szczególnie iridocyclitis tbc., (d. c. n.)*, str. 873—874.

Prokupek J. *Adaren—nowy środek przeciwbólowy i nasenny w praktyce neurologicznej i psychiatrycznej*, str. 874—875.

Knapova F. *Iridocyclitis tbc.*, str. 875—878.

Na ogólną liczbę 222 przypadków iridocyclitis, obserwowanych za 5 lat na kl. chorób Ocznych Uniw. w Pradze, 44,59% powstało na tle gruźliczem, przyczem w 26,12% u mężczyzn i w 18,46% u kobiet. W 21,12% choroba występowała jednostronnie, w 23,42% — dwustronnie. Wiek chorych wynosił przeważnie od l. 30 — 40.

Dr. Dz.

CASOPIS LEKARU CESKYCH, 1933, R. LXXII, Nr. 29, z 21 lipca, str. 889—916.

Fr.

Klein Fr. i Subik. *Przyczynek do sprawy heterohaemaglutynacji*, str. 889—891.

Grigoreva O. *W sprawie genetycznego rozwoju naczyń włosowatych*, str. 891—984.

Franta J. *Iridocyclitis luetica*, str. 894—899.

Na ogólną liczbę 222 przypadków obserwowano iridocyclitis luetica w 40 przyp., czyli w 18%. Z tych 38 przebiegało jako iridocyclitis fibrinosa, 6 jako iritis papulosa, oraz 2 jako iridocyclitis purulenta. Wyniki leczenia świadczą, iż w razie wczesnego zastosowania leczenia swoistego, rokowanie naogół jest dobre. Pamiętać należy jednak, iż schorzenia oczne są jednym z objawów choroby ogólnej. Leczenie swoiste powinno więc być stosowane i po ustąpieniu objawów ocznych.

Simon J. *Uwagi do pracy K. Kovarovica „O stosunkach odruchu tonoregulacyjnego do niektórych patologicznych stanów żołądkowych*, str. 899—901.

Kovarovic K. *O uwagach J. Simona o odruchu tonoregulacyjnym*, str. 901—903.

Stastnik E. *Nasze doświadczenia z leczeniem iridocyclitis szczególnie iridocyclitis tbc.*, (dokończenie), str. 903—905.

Wagner V. *Atypowość odczynu Kirchberga w płynie rdzeniomózgowym*, str. 905—909.

Odczyn Kirchberga był wypróbowany w 200 przypadkach jednocześnie z WR oraz z odczynem z solami złota (reakcja Tokata-Ary). Wyniki jednakowe z WR były otrzymane w 70,5%, z T. A. w 86,5%. W szeregu przypadkach odczyn Kirchberga okazał się czulszym niż WR i T. A.

Dr. Dz.

PRAKTICKY LEKAR, 1933, R. XIII, Nr. 10, z 20 kwietnia, str. 277—308.

Antić D. *Kila żołądka*, str. 277—280.

Autor przedstawia chorego na kiłę żołądka, u którego badanie objektywne wykazało: wychudzenie — powiększenie gruczołów, kompletne wyłysienie, zupeł-

na nietolerancja żołądka. BWR we krwi +++ w płynie mózgowordzeniowym ++.

Radjoskopja żołądka wykazała twór kształtu półksiężycowatego na krzywiźnie małej, dający podejrzenie na wrzód żołądka.

W leczeniu zastosowano roztwór fizjologiczny NaCl przeciw nietolerancji żołądka, jednak bez wyniku. Następnie zastosowano wcierania maści rtęciowej i małe dawki neosalvarsanu. Po tej kuracji chory wyzdrowiał w kilka tygodni, a leczenie swoiste prowadzono jeszcze dwa lata. Pomimo tego BWR we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym pozostał nadal dodatni.

Na temat kiły żołądka nie zgadzają się między sobą klinicyści i anatomopatologowie. Klinicyści twierdzą, że kiła żołądka jest schorzeniem dość częstem, podczas gdy anatomopatologowie przeczą temu. Kleissel przeglądając protokuły 11.400 sekcyj zwłok, ani w jednym przypadku nie stwierdził schorzenia kiłowego żołądka.

Chiazi w 243 sekcjach zwłok luetyków stwierdził tylko u 3-ch zmiany kiłowe żołądka.

Lubarsch w całej literaturze znalazł tylko 11 przypadków kiły żołądka, które były potwierdzone badaniem mikroskopowem.

Pod względem anatomopatologicznym rozlane nacieczenia kilakowe z reguły znajdują się u dzieci z wrodzoną kiłą. Rozsypane łożyska kilakowe są z reguły liczne i różnej wielkości. Owrzodzenia kiłowe są szersze aniżeli wrzód peptyczny; równocześnie pojawiają się i w jelitach cienkich. Frenkel w jednym przypadku znalazł ich 13 w żołądku a 31 w jelitach.

K y b á s e k J. *Chroniczne ropne zapalenie ucha środkowego i jego leczenie* (dokończenie), str. 280—286.

Autor omawia różne postacie zapaleń ucha środkowego, oraz podaje metody postępowania lekarskiego.

V e z é r. V. *Notatki terapeutyczne* (dokończenie), str. 286—287.

Schok opłucnowy. Wepchnięcie igły do jamy opłucnowej spowodowało wystąpienie napadu epileptycznego u chorej z odmą płucną — która od dzieciństwa miewa stany epileptyczne.

Usunięcie nerwu przeponowego. Na podstawie swego doświadczenia autor wypowiada zdanie, że jedynie pomyślną metodą leczenia gruźlicy płuc — jest odma sztuczna, wycięcie nerwu przeponowego oraz thorakotomia.

Dychawica oskrzelowa: metody leczenia.

Leczenie jodowe: Autor omawia dodatnie strony i pomyślne wyniki leczenia miażdżycy tętnic i innych chorób za pomocą wody darkowskiej, zawierającej w 1 kg.: 40 mg jodu, 80 mg bromu i 15.8 g chloru.

P a c h n e r F r. *O leczeniu raka metodą dra Niemca*, str. 287—289.

Autor zbija wartość praktyczną preparatu przeciwrakowego Dr. Niemca — oraz podaje fakty śmierci wielu osób chorych na raka — które były w leczeniu dr. Niemca.

G e o r g J. E. *O czasowej niepłodności kobiet*, str. 289—290.

R e č e k V. *Uwagi do artykułu J. E. Georga*, str. 290.

Dr. Amałowicz F.

LA PRESSE MÉDICALE, 1933, R. XLI, Nr. 23, z 22 marca, str. 457—472.

C o t t e t J. *Ocena czynności nerek na podstawie wartości stosunku ilości dobowej mocznika we krwi do*

ilości dobowej mocznika w moczu, str. 457—460.

Z wielu metod, stosowanych dla określenia zdolności czynnościowej nerek, (jak wydzielanie barwników, próba wodna), jedno z poważniejszych miejsc przypada badaniu wydzielania przez nerki mocznika. Widal pierwszy wprowadził do medycyny praktycznej badanie ilości mocznika we krwi.

Przy ocenie wartości wydzielniczej nerek za pomocą badania ilości mocznika we krwi, należy również określać ilość białka zużytego w ciągu dnia, od jego bowiem ilości jest zależna ilość mocznika we krwi.

Na podstawie prac Javal'a można wysunąć następujące dwa wnioski:

1. ilość mocznika we krwi nie świadczy jeszcze o zdolności wydzielniczej nerek, jeżeli nie wzięto pod uwagę ilości białka zużytego w ciągu dnia,

2. ilość mocznika, zawartego w dobowej ilości moczu nie jest dostateczną podstawą do oceny zdolności wydzielniczej nerek, o ile jednocześnie nie jest ona porównana z ilością mocznika we krwi.

Gdy równowaga azotowa ustroju jest nagle zachwiana lub zmieniona wskutek przyjęcia nadmiernej ilości białka, lub wzmożonego rozpadu białka ustrojowego, z przyczyn zależnych od stanu nerek, lub przyczyn zewnątrz nerkowych, nerki zdrowe lub chore wydzielają zwiększoną ilość mocznika w dobowej ilości moczu w celu utrzymania równowagi azotowej. Z powyższego można wnioskować, jak ważne jest określanie stosunku ilości mocznika we krwi do ilości mocznika w moczu przy ocenie czynności wydzielniczej nerek.

Autor pracy niniejszej określa zdolność wydzielniczą nerek na podstawie stosunku ilościowego mocznika we krwi w centigramach do ilości mocznika w dobowej porcji moczu w gramach. Otrzymana w ten sposób liczba daje nam pojęcie nietylko o stosunku liczbowym mocznika we krwi i w moczu, lecz również wskazuje, jakiej ilości mocznika we krwi wyrażonej w centigramach, odpowiada jeden gram mocznika w moczu, innemi słowy pod jakiem ciśnieniem jeden gram jego przechodzi przez filtr nerkowy.

Autor przeprowadza omawianą próbę w sposób następujący: bada rano naczczo ilość mocznika we krwi. Tegoż dnia zbiera mocz od godz. 7 rano do godz. 7-ej rano dnia następnego i określa w nim ilość mocznika i ilość chlorku sodowego. Według autora otrzymane liczby stosunku ilości mocznika we krwi do ilości mocznika w moczu wahają się od 1.11 do 18.92. Autor przyjmuje, że liczby poniżej 2.20 świadczą o dobrej zdolności wydzielniczej nerek. Wskaźnik stosunku mocznika we krwi do mocznika w moczu ulega wahaniom pod wpływem diurezy, a mianowicie, obniża się przy zwiększonej diurezie i odwrotnie, zwiększa się przy zmniejszonej. Intensywność pracy nerek zależy z jednej strony od jej zdolności wydzielniczej, z drugiej znów strony od warunków, w których nerki zdrowe lub chore pracują. Biorąc powyższe pod uwagę uniknie się błędów przy ocenie wyników próby. Autor przyjmuje, że u osób zdrowych przy przeciętnem wydzielaniu mocznika przez nerki w ilości 15 — 30 gr. na dobę i przy dobowej ilości moczu 1300 cm^3., wskaźnik omawianej próby waha się pomiędzy 1.10 — 2.20. Wreszcie zaznacza, że wielu autorów zakwestjonowało wartość omawianej próby, gdyż na podstawie obserwacyj stwierdzono znaczną jej chwiejność i niezgodność z badaniem klinicznem. Według autora błędy te mogły powstać wskutek tego, że przy przeprowadzaniu próby nie brano pod uwagę przemiany wodnej w ustroju, która w dużym stopniu wpływa na wyniki próby. Pomimo jednak wysuwanych zarzu-

tów, określanie mocznika we krwi i w moczu ma dużą wartość i powinno być stosowane szerzej przez lekarzy klinicystów. Dalsze badania niewątpliwie gruntowniej wyświetlą istotę próby i jej wartość dla celów klinicznych.

Z w o l a k o w s k i J. *Zagadnienie leczenia podzwrotnikowego owrzodzenia fagadenicznego*, str. 460—462.

Dr. A. Fiumel.

LE PROGRÈS MÉDICAL, 1933. R. LI. Nr. 12 z 25 marca, str. 531—576.

C l a v e l l i n. *Wojskowe szkoły sanitarne od roku 1708 do naszych dni. Chirurgja wojenna, jej istota i zakres*, str. 537—550.

Autor tej pracy podaje krótki rys historyczny organizacji wojskowych szkół sanitarnych we Francji. Jednocześnie podnosi konieczność wyodrębnienia chirurgji wojennej, jako specjalnej wiedzy i już w czasie pokoju przygotowania kadr lekarzy chirurgów dobrze obeznanych z tą dziedziną wiedzy. Autor zaznacza, że we Francji istnieje katedra chirurgji wojennej w Val-de-Grace.

G r o d n i t z k y B. *Obecny stan wiedzy o zimnicy przewlekłej*, str. 555—560.

Autor podaje, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia wielu znanych lekarzy klinicystów wysuwa wątpliwość co do przejścia zimnicy w stan przewlekły. Na czele tych lekarzy stoi prof. Rieux, który w jednej ze swoich prac wysuwa następujące wnioski:

1. Gdy chory porzuca kraj, gdzie się szerzy zakażenie zimnicą, można go uważać za zupełnie wyleczonego po upływie 12 — 18 miesięcy.

2. Zimnicę nie można uważać za chorobę przewlekłą, gdyż powoduje ona występowanie odporności.

3. Autor tłumaczy, że przypadki zimnicy uważane za przewlekłe i stwierdzane w miejscowościach zakażonych, są właściwie nowem zakażeniem.

Z powyższemi wywodami jednak nie zgadza się wielu lekarzy i twierdzi, że zimnica może mieć często przebieg przewlekły. Na dowód tego twierdzenia przytaczają liczne przypadki przewlekłej zimnicy, obserwowane przez siebie. Tak, naprzykład Chauffard opisuje przypadek zimnicy u jednego żołnierza, który rzekomo został zupełnie wyleczony. Po upływie jednak 10 lat wystąpiły u niego nanowo objawy zimnicy. Prof. Marchoux opisał liczne przypadki zimnicy, gdzie ponowne jej napady wystąpiły po 6, 10 a nawet i 13 latach. Prof. Nocht opisuje ciężko chorą, której należało dokonać przetaczania krwi. Dawcą był jej syn, który w czasie wojny w r. 1919 przechodził zimnicę, a następnie był zupełnie wyleczony. W 1927 roku po oddaniu krwi matce zakaził ją zimnicą. Autor niniejszej pracy ogłosił przypadek zakażenia zimnicą dwóch dziewcząt przez ojca, po przetoczeniu krwi; ojciec przebywał w Madagaskarze, ale nigdy nie chorował na zimnicę.

Według autora zimnica może być w stanie utajonym w ustroju człowieka do 60 lat. Rist i Boudet przytaczają przypadek zimnicy u 70-letniej kobiety, która w 10-ym roku życia ją przechodziła po raz pierwszy. Autor tej pracy poza tem przytacza wiele obserwacyj różnych autorów, które przemawiają za tem, że zimnica może mieć przebieg przewlekły. Badania histo-patologiczne również przemawiają za możliwością zimnicy przewlekłej nawet w tych przypadkach, gdy klinicznie nie stwierdzano objawów tej choroby i przyczyna śmierci chorych nie była ściśle ustalona.

Gral i Marchoux w swojej pracy „Patologja egzotyczna” dowodzą, że w niektórych przypadkach choroba może

być zupełnie nierozpoznaną i mieć najrozmaitszy przebieg. Takie postacie choroby należy uważać raczej za ukryte. Poza zimnicą przewlekłą rozróżniają jeszcze i postać zimnicy utajonej.

Następnie autor przytacza jeszcze kilka obserwacyj ciekawych przypadków zimnicy przewlekłej o niezwykłym przebiegu i uważa, że dowody przytoczone w pracy niniejszej w zupełności są przekonywujące do twierdzenia, że zimnica często ma przebieg przewlekły.

Dr. A. Fiumel.

LE PROGRÈS MÉDICAL. 1933. R. LI. Nr. 13, z 1-go kwietnia, str. 577—616.

C o r n i l L. i M o s i n g e r M. *Uwagi krytyczne na temat stosunku pomiędzy inteligencją a wagą mózgu,* str. 585—590.

L a e m m e r M. *Wątroba a życie płciowe kobiety,* str. 593—599.

Autor podaje, że u kobiet stwierdza się często zaburzenia ze strony wątroby, świadczące o jej niedomodze czynnościowej. W większości przypadków zaburzenia te niewątpliwie łączą się z okresami rozwoju płciowego kobiety, a mianowicie z okresem dojrzewania płciowego, z ciążą i okresem pokwitania.

W okresie dojrzewania i w czasie perjodu wiele kobiet uskarża się na szereg dolegliwości, które świadczą o pewnym stopniu niedomogi wątroby. Wątroba w czasie perjodu i w przeciągu kilku dni po perjodzie często bywa powiększona i bolesna na ucisk. Poza tem przy badaniu moczu stwierdza się indykanurję, hypoazoturję i urobilinurję. Autor zaznacza, że objawy powyższe często są przyjmowane jako wyraz niedokrwistości i „czułe matki" zupełnie niesłusznie podają swym źle wyglądającym córkom olbrzymie ilości mięsa, przez co wątroba zostaje obarczona nadmiernie i objawy jej niedomogi potęgują się.

W czasie ciąży stwierdza się nieraz objawy, przemawiające również o niedomodze wątroby, jak upośledzoną czynność żółciową (nadmierna ilość soli żółciowych i barwników żółciowych w moczu, zwiększona urobilinurja i cholesterynemja), glikeniczną (w moczu stwierdza się cukromocz), upośledzoną czynność wiązania tłuszczów (zwiększona przemiana tłuszczów, wątroba tłuszczowa), upośledzoną czynność wiązania białka.

W okresie pokwitania u wielu kobiet stwierdzić można objawy chorobowe, które zależne są od zaburzeń w krążeniu, w szczególności wskutek wadliwego krążenia żylnego (przekrwienie bierne wątroby, nadciśnienie). Po omówieniu powyższego autor podaje następujące wnioski praktyczne:

Dziewczynce, która jest przed okresem rozpoczęcia perjodu, należy zalecić odpowiednią dietę, składającą się z mięsa, jarzyn, owoców świeżych. Nie należy podawać dużych ilości mięsa. Z punktu widzenia higjeny zalecana jest lekka gimnastyka, zwłaszcza kończyn dolnych i ćwiczenia oddechowe. Unikać podawania dużych ilości leków. Można zalecić przetwory żelaza i przetwory roślinne fosforowe.

Kobietom w ciąży polecić należy dietę jak wyżej, lecz znacznie ograniczyć podawanie mięsa. Poza tem muszą być wykonywane wszystkie zasady higjeny ogólnej. Ze środków leczniczych autor poleca w pierwszym rzędzie Boldo, wody alkaliczne, przetwory fosforowe, żelazo.

W okresie pokwitania stosować należy dietę przeważnie jarzynową i owocową. Przy stwierdzeniu objawów niedomogi wątroby podawać środki żółciopędne, wody alkaliczne, środki dezyn-

fekujące jelita (benzonaphtol, chloramina, uroformina).

B a r r a u d. G. *O różycy*, str. 599—560.

Cierpienie stosunkowo rzadko spotykane. Zazwyczaj na palcach rąk stwierdza się ranę, otoczoną zoną limfagityczną, o zabarwieniu czerwonem. Miejsce cierpienia może być bezbolesne; nie stwierdza się objawów ogólnych. Charakterystyczną cechą cierpienia jest posuwanie się z jednego palca na drugi, na powierzchnię tylną dłoni.

Brocq przypuszcza, że cierpienie to powstaje wskutek ukąszenia przez zwierzęta trujące (krab). Jednak Callomon uważa, że dermatozę tę powoduje zakażenie pałeczką świędzika świni; szczególnie narażone są osoby, pracujące przy mięsie. Dalsze obserwacje stwierdzają powstawanie różycy u osób, które nie miały żadnej styczności ze świńmi. Pałeczka świędzika świni znajdywana była u różnych zwierząt, które mogły być nosicielami pałeczki. O powyższem cierpieniu należy pamiętać, gdyż w większości przypadków powstaje powikłanie pod postacią zapalenia stawów palców rąk (75%). Leczy się erizipeloid okładami z ichtiolu, lub w przypadkach koniecznych specyficzną surowicą.

Dr. A. Fiumel.

LE PROGRÈS MÉDICAL. 1933. R. LI. Nr. 14, z 8-go kwietnia, str. 617—664.

B e r g o u i g n a n L. i G a u d i c h o n A. *Leczenie porażenia nerwu promieniowego, powstałego wskutek złamania dolnego końca ramienia*, str. 629—630.

I s c h l o n d s k y N. E. *Hormony tkanki embrjonalnej stosowane w leczeniu chorób serca*, str. 630—644.

Autor podaje, że leczenie chorób serca jest objawowe; pewną wartość ma ono w przypadkach ostrych, natomiast najczęściej zawodzi w przypadkach przewlekłych. Środki farmakologiczne, zarówno i opoterapja mają rolę drugorzędną.

Autor tej pracy poleca własną metodę leczniczą, polegającą na stosowaniu pod postacią zastrzyków podskórnych wyciągów z tkanki embrjonalnej. Na podstawie własnych obserwacyj przychodzi do wniosku, że omawiana metoda daje dobre wyniki nietylko w stanach niedomogi mięśnia sercowego, związanej z wiekiem chorego, lecz i w innych przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, mających rozmaite podłoże.

Działanie wyciągu z tkanki embrjonalnej na stan serca autor sprawdzał systematycznie badaniem radjologicznem.

Następnie autor przechodzi do omówienia klasycznych przypadków, które wskazują na działanie regeneracyjne wyciągu z tkanki embrjonalnej przy niedomodze serca nawet starczego.

Autor proponuje stosować podaną metodę we wszystkich przypadkach schorzenia mięśnia sercowego.

Dr. A Fiumel.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION. 1933. T. XXIII, Nr. 2 z lutego, str. 129—240.

M a s s a b u a u G. i G u i b a l A. *Ewisceracja pępkowa wrodzona*, str. 129—150.

R o y e r M. *Niedomoga wątroby w przebiegu procesów hemolitycznych*, str. 151—167.

Autor na podstawie badań doświadczalnych, których metodykę i wyniki

szczegółowo omawia w pracy niniejszej, przychodzi do następujących wniosków:

1. Zastrzyknięcie lakowanej krwi do ogólnego krwiobiegu (pies) nie wywołuje znacznej zmiany urobilinurji.

2. Tenże zastrzyk do żyły wrotnej wywołuje w czasie różnym (1 — 5 dni) zwiększenie urobilinurji.

3. Urobilinurja powstaje wówczas, gdy wątroba nie wiąże barwnika, który do niej dostaje się z jelit przez żyłę wrotną. Ta niedomoga wątroby jest częściowa, gdyż nie stwierdza się zaburzeń w przemianie węglowodanów.

4. Dla wyraźnego wyniku należy używać krew całkowicie lakową lub lakowe krwinki, dodając do niej rozpuszczony fibrinogen. Zastrzyknięcie hemoglobiny lub zhemolizowanych krwinek nie wywołuje stałego efektu. Stroma krwinek lub fibrinogen nie mają żadnego działania.

5. Należy przypuszczać, że urobilinurja w procesach hemolitycznych u człowieka zależna jest od niedomogi czynności chromopeksycznej wątroby.

C h a n t r i o t. *Przypadek ostrego pierwotnego zapalenia wątroby na tle zakażenia wielkouśćcem jelitowym z niemożliwością wytworzenia się ropnia. Dzialanie Arsemetiny,* str. 168—169.

F a r m a k i d i s C. *W sprawie „dużej wątroby infekcyjnej"*, str. 170—185.

Autor na podstawie własnych obserwacyj (5 przypadków) i obserwacyj innych autorów uważa, że do patologji winna być wprowadzona nowa jednostka chorobowa, nosząca nazwę „dużej wątroby infekcyjnej". Jednostka ta winna być odróżniona od powiększenia wątroby w wielu chorobach infekcyjnych. Z głównych objawów klinicznych należy podkreślić znaczne i szybkie powiększenie wątroby, jej bolesność oraz stan gorączkowy. Znaczny obrzęk infekcyjny wątroby powstaje na tle znanem (dur, posocznica) lub na tle nieznanem. Przebieg choroby zawsze jest bardzo ciężki i w niektórych przypadkach szybko kończy się śmiercią. Z powiększeniem infekcyjnem wątroby spotykamy się przeważnie w klimacie gorącym.

G r o t t J. W. i P e t r y n o w s k a M. *Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym,* str. 186—215.

Autorzy omawiają bardzo obszernie spostrzeżenia licznych autorów nad zakażeniem wielkouśćcem jelitowym i opisują poszczególne obrazy kliniczne tego zakażenia. Następnie autorzy podają 22 przypadki własne, obserwowane na I klinice wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego. We wszystkich przypadkach stwierdzono obecność wielkouśćca jelitowego w treści dwunastniczej, w 8 przypadkach eozynofilję. U większości chorych stwierdzono cierpienie dróg żółciowych. Autorzy leczyli chorych przeważnie podawaniem doustnie Stovarsolu w postaci tabletek i Novarsenobenzolu dożylnie, poza tem przepłukiwali dwunastnicę rozczynami siarczanu magnezu; uważają, że stosowana przez nich metoda jest zupełnie wystarczająca do leczenia zakażeń wielkouśćcem jelitowym.

S l o n i m M. *Przyczynek do nauki obrazu klinicznego kilku postaci przewlekłej biegunki,* str. 216—230.

Dr. A. Fiumel.

LE SANG, 1933, Nr. 7, str. 653—772.

S p a d o l i n i I. *O nowych czynnościach układu siateczkowo-śródbłonkowego,* str. 653—663.

Według autora, układ siateczkowo-śródbłonkowy bierze udział w wytwarzaniu oraz w magazynowaniu płytek krwi.

Stałe podawanie dożylne zawiesiny płytek krwi w ciągu miesiąca powoduje u królików zanik elementów śródbłonkowych. Bardzo wyraźnie zaznaczało się to w śledzionie, w naczyniach włosowatych międzyzrazikowych wątroby (komórki Browicz-Kupfera). U niektórych królików, które otrzymywały płytki w ciągu miesiąca, śledziona uległa zmniejszeniu o połowę lub czasami nawet więcej. Badanie histologiczne wykazało zanik układu siateczkowo-śródbłonkowego. Histiocyty mało zróżnicowane. Grudki chłonne, jakkolwiek zachowały swą budowę, uległy bardzo znacznemu zmniejszeniu. Czas krzepnięcia krwi w końcowych okresach badań uległ znacznemu skróceniu.

Grègoire R., Marschal G., Bargeton D. i Regaud J. *Przypadek splenomegalji. Zakrzepy pooperacyjne górnej żyły krezkowej*, str. 664—675.

Opis przypadku splenomegalji, który skończył się zejściem śmiertelnem po usunięciu śledziony. Badania histologiczne usuniętej śledziony.

Durupt A. i Schlesinger A. *Interferometrja i wydzielanie wewnętrzne*, str. 676—710.

Opis techniki badania surowic za pomocą interferometru w przypadkach zaburzeń o wydzielaniu wewnętrznym.

Galliard H. *Eozynofilja u osobników zarażonych nitkowcami*, str. 711—715.

W okolicy Gambon zakażenie pasorzytami nitkowca (gatunki Loa-loa, filaria perstans i onchocerca volvulus) jest bardzo rozpowszechnione. W zachodniej części Gambonu 56,2% badanych osobników posiadało te pasorzyty we krwi.

W przypadkach zakażenia pasorzytem Loa-loa z reguły występuje eozynofilja znacznego stopnia. Jednak stopień tej eozynofilji nie zależy od ciężkości przypadku. U osobników dorosłych nasilenie eozynofilji jest znacznie większe niż u dzieci. W razie zakażenia innymi gatunkami nitkowca niż Loa-loa eozynofilja nie występuje.

Doc. Dr. F. Goebel.

REVUE DE LA TUBERCULOSE, 1933, Nr. 3, marzec, str. 225—336.

Fruchard H. *Technika apikolizy z plombą parafinową*, str. 225—255.

Autor opisuje bardzo szczegółowo technikę apikolizy, robionej od tyłu przez cięcie podłużne, równoległe do przyśrodkowego brzegu łopatki. Należy przytem dokonać rezekcji trzeciego żebra. Przez powstały otwór wprowadza się palec do jamy opłucnowej i odsuwa szczyt ku dołowi, wypełniając powstałą w ten sposób jamę parafiną. Następuje dokładny opis przygotowania parafiny do plombowania.

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowem, wyniki operacji są dobre. Temperatura obniża się, chorzy mniej kaszlą i odpluwają, nie mają też żadnych objawów wstrząsu, ani duszności. Odczynu zapalnego po wprowadzeniu obcego ciała (parafiny) nie stwierdza się.

Frommel Ed. *Kawerna rakowato-gruźlicza w płucu*, str. 256—267.

Autor omawia sprawę współistnienia raka i gruźlicy płuc i opisuje przypadek, gdzie u osobnika z niezbicie stwierdzoną klinicznie gruźlicą w obrębie starej jamy gruźliczej rozwinął się rak i w rozwoju swym tak znacznie zniszczył gruźliczo zmienioną tkankę płucną, że na sekcji anatomopatologicznej ani makro- ani mikroskopowo zmian gruźliczych w płucach nie można było stwierdzić.

Blankoff B. *Leczenie gruźlicy chirurgicznej antygenem metylowym*, str. 268—280.

Autorzy w 59-ciu przypadkach gruźlicy chirurgicznej stosowali antygen me-

tylowy w postaci zastrzyków w dawkach wzrastających, w postaci okładów, wreszcie w obu postaciach łącznie z naświetlaniem promieniami pozafiołkowemi. Następuje opis leczonych przypadków. Okazało się że antygenoterapja nie daje poprawy przy głębokich zmianach gruźliczych (malum Potti, coxitis) jest natomiast bardzo skuteczną w leczeniu spraw bardziej dostępnych (adenitis tbc., spina ventosa). Najlepsze wyniki daje antygenoterapja w połączeniu z naświetleniami ultra-fiołkowemi.

C h a b e a u x P. *Pneumothorax — nieskuteczne przecinanie zrostów*, str. 281—284.

Artykuł dyskusyjny.

J. Szulc.

JOURNAL DE CHIRURGIE, 1933, T. XLI, Nr. 4, kwiecień, str. 529—688.

D u v a l P. i A u b i g n e M. *Wycięcie tarczycy przez pierwotne przecięcie cieśni*, str. 529—533.

Wzmianki o wycięciu tarczycy, stosując odpreparowanie jej idąc od części pośrodkowej ku zewnątrz, znajdujemy już w pracy Bérarda (1892); wspominał także o tym sposobie Reverdin, nigdzie niema jednak dokładnego opisu tej metody.

Zabieg rozpoczynamy udostępniając tarczycę ze zwykłych cięć skóry i mięśni podgrdykowych, dalej następuje wypreparowanie cieśni gruczołu, dokładne zwłaszcza wzdłuż brzegu górnego i dolnego (łuki naczyniowe!), oraz uchwycenie tych brzegów w 2 pary kocherów celem umożliwienia przecięcia cieśni.

Po przecięciu cieśni odpreparowywujemy oba płaty każdy z osobna, idąc od strony przyśrodkowej — nazewnątrz, w czem pomagamy sobie unosząc i pociągając w bok każdą parę kocherów. W dalszym ciągu odcięcie większej lub mniejszej części miąższu gruczołu nie nastręcza żadnych trudności, części tylno-obwodowe gruczołu zostają przytem zachowane i zaszyte, odtwarzając zredukowany dowolnie w wielkości gruczoł.

W i l m o t h P. *Bąblowiec wielokomorowy wątroby (choroba bawarsko-tyrolska F. Dévé'go)*, str. 534—546.

Autor opisuje przypadek bąblowca wielokomorowego wątroby u 39-letniej kobiety, leczonej uprzednio z rozpoznaniem cholecystitis calculosa. W związku z tem omawia szczegółową symptomatologję schorzenia, kwestję częstości występowania u zwierząt i ludzi w poszczególnych dzielnicach kraju, wreszcie sprawę leczenia.

Z zabiegów operacyjnych wskazane są: 1. w okresie początkowym choroby wycięcie zajętej części wątroby, 2. w późniejszym okresie otwarcie i drenaż jam z ewentualnym usunięciem „martwaków wątrobowych" i przepłukiwaniem przy pomocy słabych antyseptyków względnie substancji zabijających pasorzyta. Leczenie zachowawcze zastrzykami wątrobowemi formolu oraz arsenoterapja dożylna — zawodzą. Stosowane są ze zmiennym wynikiem próby głębokiej roentgenoterapji.

B e r t P. *Zastój w dwunastnicy a wrzód*, str. 547—552.

Pewien związek wrzodów żołądka i dwunastnicy ze zjawiskami zastoju został już dawno spostrzeżony. Slocumb wywoływał sztucznie wrzody doświadczalne w 67% przypadków wywołania zastoju przez sztuczne sfałdowanie dwunastnicy. Autor wywoływał zastój przez niecałkowite przewiązanie dwunastnicy na poziomie kąta dwunastniczo-jelitowego przy pomocy fałdów otrzewnej, przez wgłobienie dwunastnicy zstępujące lub wstępujące, wreszcie przez pofałdowanie dwunastnicy w kształcie litery S.

W wyniku doświadczeń stwierdza, że staza w dwunastnicy per se nie może

wywołać ostrych owrzodzeń lub przewlekłych, jak również nie może spowodować przejścia istniejącego już wrzodu ostrego w postać przewlekłą.

M o n d o r H. i L a m y M. *Studjum kliniczne o wrzodach uchyłku Meckela (przegląd krytyczny)*, str. 553—584.

Autor opiera się na materjale 100 obserwacyj i opisów. Choroba występuje najczęściej u dzieci i to płci męskiej. Objawy sprowadzają się do krwotoków jelitowych, napadowych krwawień z tendencją do nawrotów, bólów napadowych bez temperatury. Czasem zaburzenia stolca, wymioty. Z powikłań — groźne krwotoki, przebicie — zapalenie otrzewnej. Klinicznie odróżnia się formy bolesną, krwotoczną, ze skłonnością do przebicia.

J. Szulc.

JOURNAL DE CHIRURGIE, 1933, T. XLI, Nr. 5, Maj, str. 689—848.

B a s s e t A. *Duodenostomja według Witzela*, str. 689—697.

Wskazań do zabiegu dostarczają naciekające nowotwory żołądka, przypadki ciężkich uszkodzeń żołądka w następstwie otruć ługami, niektóre przypadki wrzodów żołądka, gdzie należy wstrzymać się od radykalnego zabiegu i gdzie istnieje niebezpieczeństwo krwotoków. Technika zabiegu następująca: cięcie nabrzusza w linji środkowej. Górne zgięcie dwunastnicy zostaje doprowadzone do otworu w powłokach. W najniższym odcinku widocznej części dwunastnicy robimy małe nacięcie wystarczające do wprowadzenia miękkiej sondy dwunastniczej Nr. 16, którą zagłębiamy na 4 — 5 cm. do światła dwunastnicy i zamocowywujemy w otworze okrężnym szwem z kätgutu Nr. 0. Zewnętrzny odcinek sondy układamy równolegle do osi długiej dwunastnicy, wgłabiamy w jej ścianę i przykrywamy dwoma fałdami utworzonemi z surowicówki i mięśniówki, zeszywając je ciągłym szwem jedwabnym. Następnie ścianę dwunastnicy z wgłobioną w nią częścią sondy przytwierdzamy do powłok czterema szwami jedwabnemi. Powłoki zaszywamy, wyprowadzając koniec sondy nazewnątrz. Odżywianie odbywa się przez wstrzykiwanie pokarmów płynnych, buljonu, mleka etc. wprost do sondy strzykawką. Historje choroby dwóch pacjentów zoperowanych powyższą metodą.

H u a r d P. i M o n t a g n e M. *Studja nad techniką wycięcia śledziony z powodu splenomegalji*, str. 699—726.

Po szczegółowym opisie anatomotopograficznym okolicy śledziony i opisie dróg chirurgicznego dostępu do śledziony — via abdomen, via thorax, via regio lumbalis, autor dyskutuje wskazania do każdego sposobu wycięcia śledziony oraz wady i zalety tych sposobów. Podaje wreszcie opis własnego sposobu z udostępnieniem śledziony przez resekcję 11-go żebra. Szczegóły techniczne operacji nie nadają się do streszczenia. Zaletami opisywanej metody są: zredukowanie do minimum szoku operacyjnego, całkowicie pewna hemostaza, udostępnienie równoczesne i okolicy lewej nerki i jej wnęki.

S o u p a u l t R. *Oesophagocardiotomia extramucosa (operacje Hellera)*, str. 727—737.

W przypadkach cardiospasmus chronicus z następową rozstrzenią dolnego odcinka przełyku, gdy zabiegi zachowawcze (rozszerzanie zgłębnikami) nie dają poprawy, autorzy zalecają operacyjne leczenie spastycznego zwężenia.

Technika zabiegu: cięcie nabrzusza w linji środkowej. Przecięcie więzadła obłego wątroby i odsunięcie jej w prawo. Żołądek zostaje ściągnięty nieco ku

dołowi. Nad wpustem przecięcie trzewnego listka otrzewnej, prostopadłe do osi przełyku, odseparowanie podotrzewnowo natępo (tamponem z gazy) dolnej części przełyku, aż do miejsca przejścia poza przeponę. Preparowanie ułatwia ściągnięcie żołądka ku dołowi i przytrzymanie w tej pozycji. Po udostępnieniu całej spastycznie zwężonej części wpustu, przy pomocy sondy żłobkowanej przecinamy warstwę mięśniową wzdłuż całego zwężenia, pozostawiając nietkniętą błonę podśluzową i śluzową, a zatem nie otwierając światła przełyku i wpustu. Ściskając ręcznie żołądek, wygniatamy zeń pewną ilość gazów do przełyku, co powoduje rozciągnięcie się miejsca zwężonego i czemu na przeszkodzie nie staje już uprzednio przecięta warstwa mięśniowa. Drożność przełyku i wpustu zostaje przywrócona. Zabieg daje b. szybką poprawę, tak że już na drugi dzień po operacji chory może się odżywiać normalnie.

L a f f i t t e H. *Technika wśródszpikowego przeszczepiania kości z pierścieniem kostno-okostnowym*, str. 738—744.

W złamaniach obu kości podudzia autor stosuje wszczepianie wałka kostnego do światła jamy szpikowej, łączącego złamane kości, uzupełniając ten zabieg przez pokrycie miejsca złączenia odłamków pierścieniem, jakby mankietem, z blaszki kostno-okostnowej zdłutowanej z powierzchni piszczeli. Miejsce złamania i miejsce pobrania kości do plastyki zostają otwarte z jednego cięcia na podudziu. Kość na szczep oraz blaszkę kostno okostnową na mankiet dokoła złączenia wypiłowywuje się i obrabia bezpośrednio przed otwarciem samego ogniska złamania.

J. Szulc.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. XII, Nr. 14, z 8 kwietnia, str. 529—568.

V a n C r e v e l d S. *O roli glikogenu w powstawaniu powiększeń narządów*, str. 529—533.

Spostrzeżenia lat ostatnich wykazują, że glikogen może stać się przyczyną powiększenia objętości narządów. Pierwsze doniesienia dotyczyły przypadków dzieci z powiększeniem wątroby (Parnas i Wagner, autor, v. Gierke i in); zmiany te były wyraźnie zaznaczone już bezpośrednio po urodzeniu. Badania kliniczne wykazały ponadto niski poziom cukru we krwi, znaczne podniesienie poziomu cukru we krwi po podaniu glukozy lub lewulozy, z następczem wzmożeniem współczynnika oddechowego i wydalaniem w moczu ciał ketonowych i cukru. Dokonane w niektórych przypadkach badanie pośmiertne lub biopsja pozwoliły ustalić, że wątroba jest nasycona glikogenem. Przytaczając krótki opis własnych obserwacyj, autor zaznacza, że wymieniony zespół wrodzony, lub powstający bezpośrednio po urodzeniu, zależy od nadmiernego gromadzenia w wątrobie glikogenu, w takiej postaci, jaką ustrój z trudnością tylko może uruchomić i zużytkować. Od powiększeń wątroby na innem tle — różni się brakiem żółtaczki, wodobrzusza i nieznacznem tylko przesunięciem białka surowicy w kierunku globulinemji. O losie chorych z glikogenozą wątroby niewiele można powiedzieć wobec szczupłości materjału. Przypadki autora żyją, pozostając na diecie ubogiej w tłuszcze i obfitującej w węglowodany, cukier we krwi podniósł się w jednym nieznacznie i wątroba uległa zmniejszeniu. Ostatnio ukazują się doniesienia, opisujące przerost różnych narządów, jak nerek, serca, odźwiernika żołądka, gdzie skrawki histologiczne wykazują znaczny stopień nacieczenia glikogenem. Stan glikogenozy rozsianej ma

znaczenie ogólne dla ustroju, jako wyraz zaburzenia w gospodarce węglowodanowej i miejscowe, zależne od warunków topograficznych danych narządów.

M e y t h a l e r F. *W sprawie podawania węglowodanów w leczeniu insulinowem*, str. 533—535.

W leczeniu insuliną przypadków ciężkiej i średniociężkiej cukrzycy istnieje zwykle niebezpieczeństwo przedawkowania hormonu i powstania stanu niedocukrzenia krwi. Dla uniknięcia tego powikłania autor proponuje odpowiedni rozkład godzin dnia dla spożywania węglowodanów. W swych badaniach nad zachowaniem się krzywej cukru we krwi po wstrzyknięciu insuliny autor spostrzegał każdorazowo znaczny spadek poziomu cukru we krwi, który udawało się zahamować podaniem węglowodanów w postaci cukru lub chleba, względnie wprowadzeniem efetoniny lub sympatolu. Odpowiednio rozdzielając podaż węglowodanów można było uzyskać krzywą cukru we krwi bez większych spadków i wahań. Za najwłaściwszy sposób postępowania M. uważa podawanie chleba w dawce 10 gr. w ½ godziny po wstrzyknięciu insuliny, 20 gr. — po 1½, 2 i 2½ godz., następnie 30 gr. i wyżej.

G e l b h a r d t F. i K l e i n J. *O acetylcholinie i soku żołądkowym*, str. 535—537.

W 50 przypadkach chorych z niedokwasotą żołądka zbadano zachowanie się soku żołądkowego pod wpływem histaminy i acetylcholiny. Po założeniu zgłębnika i wydobyciu soku żołądkowego podawano śniadanie kofeinowe, pobierając treść żołądka co 10 minut. Po zupełnem odbarwieniu soku zastosowywano wstrzyknięcie histaminy i w pewien czas potem acetylcholiny. Zauważono, że w przeciwieństwie do histaminy, u większości chorych acetylcholina nieznacznie tylko podnosi stopień kwasoty soku, wzmagając jednak wydzielanie wody i chloru. Dłuższe lecznicze podawanie acetylcholiny (0,1 dziennie) w niedokwasocie żołądka nie przyniosło wyraźnych wyników leczniczych na wydzielanie żołądka, natomiast wywarło korzystny wpływ na stan ogólny chorych, podnosząc samopoczucie, łaknienie i usuwając stan zaparcia stolca.

F l ü g e l F. E. *Zespół neurologiczny w przypadku guzów półkul mózgowych*, str. 538.

Przytaczając krótkie streszczenia 5 przypadków guza półkul mózgowych, autor podkreśla istnienie w każdym z nich specjalnego zespołu, którego istotą jest porażenie lub niedowład jednego z nerwów twarzowych i objawy uszkodzenia szlaku piramidowego. Zespół opisany występuje po stronie przeciwnej niż istniejący guz mózgu i stanowi wyraz uszkodzenia ośrodków ruchowych mózgu oraz działania ucisku na odcinki sąsiednie substancji mózgowej.

Ö s t e r r e i c h e r W. *Ilościowe określenie hormonu płciowego u zdrowych i chorych. I doniesienie. Zagadnienie i metodyka oznaczania wzmożonego wydalania prolanu z moczem*, str. 538—540.

Autor podaje własną odmianę oryginalnej metody B. Zondeka oznaczania prolanu w moczu, podkreślając, że wahania uzyskiwanych wyników zależeć mogą od różnych czynników, jak stopnia intensywności wytwarzania hormonów przez przysadkę i wydalania przez nerki. Ten ostatni czynnik warunkuje konieczność kilkakrotnego badania moczu, oddawanego w różnych odstępach czasu dla uzyskania możliwie ścisłych wyników.

F e l l n e r M. *Przyczynki doświadczalne do zagadnienia podłoża komórkowego idiosynkrazji*, str. 540—542.

Opis dwóch przypadków idiosynkrazji na veramon i coffetylinę, przebiegających z objawami gorączki i rozsianych wykwitów na skórze o typie bąbli pokrzywkowych. Ze względu na złożony charakter wzmiankowanych preparatów zastosowano próbę na odczyn ustroju po wprowadzeniu ich poszczególnych części składowych: w pierwszym przypadku oddzielnie piramidon i veronal, w drugim — preparaty kwasu acetylosalicylowego i kofeinę. Spostrzeżenia wykazały, że stan idiosynkrazji był wywołany przez veronal i kwas acetylosalicylowy; podanie tych środków wywołało ukazanie się ponowne zmian na skórze i błonach śluzowych. Jednocześnie przeprowadzono badania histologiczne: wykrawano odcinki skóry o wyglądzie prawidłowym i z miejsc pokrytych wykwitami, zatapiano je w rozczynach 1) alkoholu, 2) veramonu, 3) veronalu i 4) piramidonu lub 1) alkoholu 2) coffetyliny, 3) aspiryny, 4) innych preparatów kw. acetylosalicylowego, 5) kofeiny, poczem utrwalono i barwiono w sposób zwykły. O ile preparaty histologiczne nie wykazały większych odchyleń gdy przechodziły przez alkohol, kofeinę wzgl. piramidon, o tyle pozostałe wykazywały znaczne zmiany w budowie naskórka i skóry właściwej, polegające na obrzęku, gromadzeniu się płynu w warstwach głębszych naskórka żywego, tworzeniu w tych miejscach szerokich odwarstwień i jam. Najistotniejszą cechą odchyleń cechujących stan idiosynkrazji po veronalu i aspirynie stwierdził autor w uszkodzeniu komórek warstwy podstawowej naskórka.

T s o n o s P r. *W sprawie znaczenia klinicznego retikulocytów*, str. 542—544.

Liczba krwinek czerwonych z ziarnistością przyżyciową (retikulocytów) wynosi w warunkach prawidłowych 1—6‰. Autor badał zachowanie się czerwonego obrazu krwi ze szczególnem uwzględnieniem retikulocytów w przypadkach niedokrwistości różnego typu, w zakażeniach i przy stosowaniu różnych środków leczniczych, jak żelaza, arsenu i wątroby surowej. Odsetki retikulocytów ulegały naogół znacznym wahaniom; niekiedy spostrzegał autor wysokie liczby w niedokrw. dziecięcych, jednak w niektórych przypadkach wahały się one w granicach prawidłowych; w leczeniu metalami i wątrobą można było ustalić w większości przypadków początkowy wzrost retik. i następny spadek do liczb wyjściowych. We wszystkich grupach badanych osobników brakło wyników całkowicie jednolitych, przytem nie można było ustalić równoległości między poziomem retik. a zachowaniem się obrazu krwi w sensie zdrowienia wzgl. pogarszania, jako też stanem ogólnym chorych. Streszczając wyniki uzyskane, autor kwestjonuje przyjmowany dotychczas powszechnie pogląd, że retikulocyty mają stanowić „pierwszą i najpewniejszą oznakę nadczynności szpiku kostnego" (Naegeli), uznając, że ukazywanie się retik. w większej liczbie we krwi nie świadczy o nadczynności szpiku, a tylko o zaburzeniu lub chwiejności patologicznej mechanizmów regulujących wypłukiwanie krwinek ziarnistych do krwiobiegu. Obliczanie retik. winno być dokonywane w klinice zwłaszcza w przebiegu leczenia, gdyż pozwala na dokładniejszą ocenę przebiegu cierpienia i postępów kuracji, jednak nie powinno być przeceniane jako istotny sprawdzian stanu szpiku kostnego.

M u l l i K. i S t a n d e n a t h F r. *Cytrynjan sodu a krzepliwość krwi*, str. 544—545.

Autorzy spostrzegli, że po wprowadzeniu drogą pozajelitową cytrynjanu sodu krzepliwość krwi wzmaga się. Przeprowadzone badania na królikach potwierdziły to spostrzeżenie, jednak tylko przy spełnieniu pewnych warunków

— o ile wprowadzano rozczyn izotoniczny (3,5%) w ilości 20 cm³. Skrócenie czasu krzepnięcia można było ustalić już po upływie 15 — 20 min.; przyśpieszenie maksymalne przypadało na 1 — 3 godz. Rozczyny bardziej stężone i dodatek adrenaliny i nowokainy wywoływały zwolnienie krzepliwości. Badając zachowanie się wapnia we krwi, autorzy wykazali podniesienie się poziomu po wprowadzeniu cytrynjanu sodu. Wobec tego, że sole wapnia posiadają duże znaczenie w mechanizmie krzepnięcia krwi a znajdują się w osoczu w postaci różnorodnej (wapń związany z białkiem, sole złożone i wapń zjonizowany), autorzy wnoszą, że cytrynjan sodu działa w sposób znoszący równowagę ustosunkowania poszczególnych postaci wapnia we krwi, wskutek czego, podawany w odpowiednich dawkach, może działać zarówno hamująco jak przyśpieszająco na proces krzepnięcia krwi.

Z i m m e r K. *Fotografowanie linij brodawkowych skóry w świetle fluoryzującem,* str. 545—546.

Autor proponuje nową metodę uzyskiwania linij daktyloskopowych. Powierzchnię dłoniową palców oczyszcza się eterem, naciera proszkiem drobnokrystalicznym którejś z substancyj fluoryzujących, poczem dokonywa zdjęć fotograficznych w świetle pozafioletowem.

B a r k a n G. *W sprawie wykrywania żelaza we krwi u zwierząt zawierających hemocjaninę i o łatwej odszczepialności miedzi w hemocjaninie,* str. 546—547.

L a p p F. W. i D i b o l d H. *Zachowanie się krzywej cukru we krwi w związku z zabiegiem wycięcia żołądka,* str. 547—548.

W 9 przypadkach u osobników z wyciętym żołądkiem wskutek raka lub wrzodu przeprowadzone badania z obciążeniem ustroju 100 gr. glukozy podanej doustnie wykazało naogół prawidłowy powrót do normy przecukrzenia krwi po 2 — 2½ godzinach; stwierdzono jednak, że liczby poziomu cukru opadają nierzadko znacznie niżej punktu wyjściowego (do 42 mgr. %), tak że wytwarza się stan hypoglikemji. W jednym zbadanym przypadku cukrzycy z wycięciem żołądka zachowanie się krzywej pokarmowego przecukrzenia krwi nie wykazało większych odchyleń od wyników przeciętnie uzyskiwanych u cukrzyków. Spadek poziomu cukru we krwi u osobników z wyciętym żołądkiem autorzy tłumaczą zmianą warunków anatomicznych w przewodzie pokarmowym i przedostawaniem się znaczniejszych ilości cukru bezpośrednio do jelita.

S t e f f e n L. i K ü p p e r A. *Gruźlica płuc w starszym wieku,* str. 548—553.

Autorzy rozróżniają dwa typy kliniczne gruźlicy płuc w starszym wieku: 1) gruźlica dawna (alte Phthise) i 2) gruźlica starcza (Altersphthise). Pierwszą postać cechuje proces, który rozpoczął się w wieku młodszym i odznaczając się przebiegiem łagodnym, dotrwał do późnego wieku. Wyróżniają ją zmiany przeważnie wytwórcze z tendencją do wygojenia doszczętnego (geheilte alte Phthise) lub też równocześnie z procesem wytwórczym występujące okresowo obostrzenia i nowe ogniska naciekowe (stationäre a. Phth.). Postać druga jest właściwa w tych przypadkach, gdzie sprawa miała początek w wieku późniejszym. Przebieg jej jest szybszy i prognostycznie mniej pomyślny. Często ulega ujawnieniu przez równocześnie rozwijającą się cukrzycę. To ostatnie cierpienie, jak również kiła, dychawica oskrzelowa, nadmierne palenie i niekorzystne warunki życiowe pogarszają znacznie rokowanie. Pomiędzy obu opisanemi ty-

pami gruźlicy istnieją liczne obrazy kliniczne przejściowe.

F i n k e n r a t h K. *Przepełnienie w zawodzie lekarskim na całym świecie*, str. 553—556.

Dane statystyczne wszystkich krajów cywilizowanych wykazują stopniowo wzrastającą liczebność lekarzy. Wzrost liczby lekarzy w przeliczeniu na ilość ludności wynosi od 0,003% w Kanadzie i 0,1% na Kubie; do 244% w Bułgarji w porównaniu między latami 1900 i 1930. Jeszcze większy przyrost wykazują liczby studentów medycyny w poszczególnych krajach. Z państw Europy tylko w Szwajcarji i Anglji liczba studentów wzrosła w przeciągu 30 lat o 12% wzgl. 17%, w innych — przyrost dochodzi do 450% (Norwegja) i 756% (Urugwaj). Polska pod względem stosunku lekarzy do ogółu ludności zajmuje jedno z ostatnich miejsc (r. 1930: Polska — 1 lekarz na 3100 mieszkańców, Niemcy: 1 lekarz na 1280 osób), jednak i w tym wypadku można mówić o nadmiarze, gdyż większość lekarzy zamieszkuje w osiedlach dużych i średnio dużych na niekorzyść mniejszych skupień ludności. Okoliczność ta spostrzegana jest zresztą i w innych krajach, jak Francja, Belgja, Bułgarja, Kanada, Norwegja. Grożące wskutek nadprodukcji lekarzy skurczenie dochodowości i warsztatów pracy nasuwa konieczność zarządzeń ochronnych; należy do nich: odpowiednia propaganda wśród młodzieży i rodziców, ograniczenie dostępu do uniwersytetów i przedłużanie okresu studjów.

Dr. Z. Galinowski.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. XII, Nr. 15 z 15 kwietnia, str. 569—608.

H i s W. *W sprawie historji pęczka przedsionkowo-komorowego*, str. 569—574.

Zarys dziejów odkrycia układu samoczynności serca, pisany przez jednego z twórców pojęcia pęczka przedsionkowo-komorowego.

R ö s s l e R. *Alergja i patergja*, str. 574—581.

Miano patergji autor pragnie zastosować dla tych wszystkich zjawisk patologicznych, gdzie za pomocą odpowiednich bodźców osiągnięto stan przestrojenia ustroju, z odmiennym niż dotychczas sposobem odczynu tkanek na zastosowanie tych samych, lub też całkowicie odmiennych bodźców. W pojęciu tem kryłyby się zatem zjawiska alergji swoistej i nieswoistej. W dłuższem streszczeniu poglądowem autor przytacza poszczególne typy kliniczne patergji, których analiza głębsza nie pozwala jeszcze dotychczas na wyciągnięcie całkowicie pewnych wniosków co do mechanizmu powstania i istoty zachodzących zjawisk.

H a r t l K. *Zastosowanie lecznicze wziewania tlenu i dwutlenku węgla*, str. 581—585.

Streszczenie poglądowe. Autor omawia zastosowanie lecznicze tlenu, dzieląc wskazania na 4 grupy: 1) cierpienia układu nerwowego ośrodkowego, 2) cierpienia narządów oddechowych, 3) choroby układu krążenia i 4) grupę chorób krwi, jak śpiączkę cukrzycową, mocznicową i otrucia gazami. W przypadkach osłabienia pobudliwości ośrodka oddechowego wskazane jest podawanie dwutlenku węgla, bądź czystego, bądź z dodatkiem tlenu w 5% mieszaninie. Oba gazy podawane do wziewania, pozwalają w biernych przypadkach ciężkich schorzeń ustroju osiągnąć znaczną poprawę stanu chorego, nie mogą jednak zastąpić właściwego leczenia przyczynowego.

Hijmans van der Bergh A. A. i Grotepass W. *Porfirynemja bez porfirynurji,* str. 586—589.

Opis przypadku u starszego mężczyzny, cierpiącego od 20 lat na bóle i zmiany wrzodziejące skóry twarzy i kończyn górnych. Dolegliwości nasilają się stale w miesiącach letnich, gdy skóra jest narażona na działanie promieni słonecznych. W momencie przybycia chorego do kliniki uderza ciemne zabarwienie skóry twarzy, szyi i dłoni, w mniejszym stopniu — także tułowia. Skrzydełka nosa, małżowiny uszne i zakończenia palców u dłoni zniekształcone, pokryte owrzodzeniami, częściowo świeżemi, częściowo gojącemi się i bliznami ściągającemi. Badanie surowicy krwi wykazało wysoki poziom porfiryny, którą też w dużej ilości znaleziono w kale i treści dwunastniczej. Mocz zawierał przytem umiarkowaną ilość barwnika, nie przekraczającą wartości przeciętnie stwierdzanych u zdrowych. Wobec tego, że nie udało się wykryć rozpadu krwi w ustroju, autorzy wnoszą, że zgodnie z teorją H. Fischera, porfiryna pochodziła w danym przypadku nie z hemoglobiny, tylko z innych, bliżej nieokreślonych źródeł. Zasługuje na podkreślenie fakt skąpej porfirynurji, co może być wytłumaczone swoistą niedomogą nerek, nie będących w stanie wydalać nadmiernych ilości barwnika. Porfirynę określano według własnej metody, drobiazgowo przez autorów opisanej, której istotą jest oznaczanie spektroskopowe w promieniach lampy kwarcowo-rtęciowej z filtrem Wooda i porównywanie wyników z widmem sporządzanych rozczynów kontrolnych barwnika.

Boas I. *O występowaniu protoporfiryny w moczu,* str. 589—591.

W kale osobników, będących na mieszanej diecie, znaleziono dotychczas porfirynę w postaci kopro-, deutero- i protoporfiryny; w moczu zaś tylko — kopro- i uroporfirynę, przytem ta ostatnia odmiana występuje tylko w pewnych chorobowych warunkach. W zbadanych przez autora przypadkach schorzeń wątroby i dróg żółciowych mocz wykazywał obecność protoporfiryny. Pochodzenie tego ostatniego barwnika nie jest dokładnie poznane. Przypuszcza się możliwość wytwarzania go z hemoglobiny, w przypadkach niedokrwistości złośliwej, hemoglobinurji, zatruć i t. d. Nie jest wyłączone także, że wątroba w pewnych przypadkach chorobowych przyjmuje na siebie czynność zamiany koproporfiryny na protoporfirynę.

Wichels i Höfer Inge. *Studja nad układem krwiotwórczym. I doniesienie. Arsen a krew,* str. 591—593.

Do badań autorzy posługują się techniką nieco odmienną niż inni badacze układu krwiotwórczego, odrzucają bowiem zgóry celowość badań na zwierzętach, a wynik działania środków pobudzających czynność szpiku kostnego oceniają według zmian zachodzących we krwi pod wpływem tych środków u ludzi zdrowych. Sprawdzianem odczynu ustroju ma być zachowanie się hemoglobiny, liczby krwinek i zwłaszcza odsetek retikulocytów. Podając badanym osobnikom arsen w postaci liquor kalii arsenicosi, autorzy spostrzegli, że liczba retikulocytów we krwi podnosi się już po 1 — 2 dniach trwania doświadczenia. Zauważono, że równolegle z nasileniem wzrostu odsetka retikulocytów zjawiają się objawy zatrucia arsenem w postaci bólów głowy, mdłości i wymiotów, biegunki i zapalenia spojówek. Im silniejsze były cechy zatrucia, tem intensywniejszy odczyn retikulocytowy. Przy braku oznak zatrucia nie spostrzegano także i zmian we krwi. Przy podawaniu dawek wzrastających można było osiągnąć ustąpienie objawów toksycznych przy zachowanym dalszym wzroście retikulocytów. Mi-

mo odczynu retikulocytowego nie widziano zmian w zachowaniu się hemoglobiny i liczby krwinek czerwonych. Na mocy uzyskanych wyników autorzy wnoszą, że arsen posiada wpływ pobudzający czynność krwiotwórczą szpiku, który wydziela znaczniejszą ilość ciałek niezupełnie dojrzałych do krwiobiegu. Brak wahań co do hemoglobiny i liczby krwinek może być wytłumaczony silniejszym pod wpływem arsenu rozpadem krwinek, lub też ich gromadzeniu się w odcinkach naczyniowych, nie biorących udziału w ogólnem krążeniu krwi.

K i r c h F. *O poziomie bilirubiny w surowicy chorych z niedomogą krążenia i wpływ nań rtęciowych środków moczopędnych*, str. 593—596.

Autor stwierdził, że poziom bilirubiny jest wysoki (ponad 1 mgr. %) w większości przypadków z niewydolnością krążenia, w czem upatruje dowód, że przekrwieniu biernemu wątroby, powstałemu wskutek niedomogi serca, towarzyszy uszkodzenie miąższu wątroby i zaburzenia jej czynności w zakresie gospodarki barwnikowej. Pewną równoległość zachowania się wykazały również — poziom bilirubiny i nasilenie obrzęków, wskazujące, że i w tym wypadku wątroba ma wpływ decydujący. Ilość dobowa moczu po podaniu salirganu była naogół niższa w tych przypadkach, gdzie bilirubina znajdowała się we krwi w ilości wzmożonej. Odwrotne zachowanie się diurezy spostrzegł autor tam, gdzie poziom bilirubiny był prawidłowy. W tych razach również, jednocześnie z odwodnieniem ustroju po salirganie poziom brb. spadł dalej po wyrównaniu diurezy. Spostrzeżenia te świadczą o prostej zależności skuteczności działania moczopędnych leków rtęciowych od zachowania się wątroby. Kilkakrotnie autor spostrzegł po wstrzyknięciu salirganu przejściowe narastanie odsetka brb. we krwi, co wskazuje na częściowe działanie szkodliwe wprowadzanego związku na stan miąższu wątroby.

M e y t h a l e r F. i N a e g e l i T. *Badania przemiany węglowodanowej przy różnicowem częściowem wyłączeniu wątroby*, str. 596—597.

Doniesienie tymczasowe. Zwierzęta z założoną przetoką Ecka wykazywały po obciążeniu glukozą, podaną doustnie lub dożylnie, nadmiernie wysokie podniesienie poziomu cukru we krwi, i przedłużanie się czasu powrotu do normy. O ile zakładano przetokę między żyłą wrotną i główną dolną z wyłączeniem żyły trzustkowo - dwunastniczej, której krew skierowywano do żyły wrotnej i wątroby, krzywa przecukrzenia pokarmowego krwi miała przebieg prawidłowy. Spostrzeżenia wskazują na znaczenie przenikania wydzieliny dokrewnej trzustki do wątroby, która pod wpływem napływającej z krwią żyły wrotnej insuliny wywiera wpływ regulujący na zachowanie się cukru we krwi.

L e t t e r e r E. *O działaniu miedzi elektrokoloidowej na układ siateczkowo-śródblonkowy*, str. 597—600.

Autor badał na myszach wpływ zawiesiny koloidowej miedzi na uśś.; działanie metalu rozciąga się w pierwszym rzędzie na komórki uśś. wątroby, w których można wykazać zmiany zwyradniające i obecność cząsteczek miedzi. Najsilniejsze działanie można spostrzec po 6 godzinach od momentu wstrzyknięcia zawiesiny. Nie okazało się możliwe osiągnąć stan blokady z całkowitem wyłączeniem uśś. ; w tym wypadku działanie preparatu było analogiczne do zachowania się uśś. pod wpływem wszystkich elektroujemnych metali i barwników koloidalnych. Uniemożliwia to jednocześnie należytą ocenę blokady uśś oraz jej wpływ na zachowanie się ciał odpornościowych ustroju.

F r e y E. K. i W e r l e E. *Kalikreina w wewnętrznem i zewnętrznem wydzielaniu trzustki,* str. 600—601.

Kalikreinę wykrył autor ze współpracownikami w moczu, stwierdzając jej obecność we krwi i utkaniu trzustki. Od innych substancyj hypotensyjnych różni się kalikreina odmiennemi właściwościami fizyko-chemicznemi i farmako-dynamicznemi. Miejscem wytwarzania kkr. jest trzustka; podwiązanie przewodów trzustki lub założenie przetoki i usuwanie całkowitej ilości soku nie zmienia za wartości kkr. we krwi i moczu, warunki zmieniają się, gdy podwiąże się naczynia trzustki; wówczas poziom kkr. we krwi i moczu wyraźnie się obniża. Spostrzeżenia powyższe wskazują, że kkr. należy do hormonów i jest wydzielana do krwi przez trzustkę. Nowe badania autora wykazały obecność kalikreiny w soku trzustkowym u zwierząt oraz soku dwunastniczym ludzi. Tą drogą przedostają się ogromne ilości kkr., której obecność można zawsze stwierdzić w kale. Los dalszy kalikreiny w jelitach i jej znaczenie fizjologiczne nie są jeszcze poznane; na ruchy jelit ma ona wywierać działanie hamujące.

D i e t e l F. G. *O występowaniu karotyny u żaby,* str. 601—602.

Autor wykazał obecność karotyny w jajnikach, skórze i wątrobie żab. W swem doniesieniu podaje technikę sporządzania wyciągów eterowo-acetonowych i uzyskiwanie czystej karotyny, której istotę chemiczną potwierdzają próby chemiczne i analiza spektroskopowa.

Dr. Z. Galinowski.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. XII, Nr. 16 z dnia 22 kwietnia, str. 609—648.

M e l c h i o r E. *Arthritis deformans a wypadek,* str. 609—612.

Autor omawia rolę wypadku i obrażeń ciała w etjologji zniekształcającego zapalenia stawów. Uraz mechaniczny może wywołać zmiany stawowe, może również pogorszyć istniejący już proces chorobowy. W pierwszym przypadku uznana może być łączność przyczynowa zapalenia stawu z urazem o ile sprawa rozwinie się nie później niż w przeciągu 6 — 8 tygodni. W drugim — o ile po urazie proces zapalny ulegnie obostrzeniu. W szeregu wypadków orzecznictwo lekarskie winno opierać się na całokształcie okoliczności towarzyszących powstaniu zmian stawowych; wyjaśnienie jednak udziału w wielu razach staje się rzeczą niemożliwą.

N i s s e n R. *W sprawie operacyjnego leczenia dużych mięsaków kości udowych,* str. 612—614.

Autor podaje różne sposoby operowania nowotworów kości udowych. Małe mięsaki pozwalają na dokonanie wycięcia guza, przeszczepienia odpowiednio dużych wycinków kości piszczelowych. W dwóch przytoczonych przypadkach, ilustrowanych zdjęciami roentgenowskiemi, udało się przeszczepić wycinek kości piszczelowej dwukrotnie — początkowo dla zastąpienia ubytku, następnie — dla wzmocnienia kości po przypadkowem złamaniu wszczepionego odcinka. Duże guzy czynią nieuchronnem poświęcenie kończyny lub wyjęcie stawu biodrowego w razie wysokiego umiejscowienia nowotworu. W tych przypadkach Sauerbruch proponuje wyjęcie kości udowej i całkowite jej zastąpienie kością piszczelową, której odcinek obwodowy wprowadza się do panewki stawu biodrowego. Przytoczony rentgenogram uda wykazuje, że po takim zabiegu w przeciągu kilku lat część piszczeli, tworząca staw biodrowy, dostosowuje się do warunków obciążenia i pracy stawu, nabierając wyglądu przypominającego zwykłą postać główki kości udowej.

W a c h s m u t h W. *W sprawie rozpoznania różnicowego dolegliwości ze strony brzucha w grypie*, str. 614—615.

W przebiegu epidemji grypy autor niejednokrotnie spostrzegał objawy ze strony jamy brzusznej, imitujące napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, przebiegające z podniesieniem ciepłoty, bólami brzucha i obronę mięśniową w okolicy prawego talerza biodrowego. W odróżnieniu od zapalenia wyrostka robaczkowego obraz morfologji wykazuje tu nie neutrofilozę, a leukopenję z wyraźną limfocytozą. Przyczyna wymienionego zespołu polega na wytworzeniu się w przebiegu grypy wylewów krwawych do mięśniówki ścian jamy brzusznej lub też na zjawisku neuralgji w obrębie XI i XII nerwów międzyżebrowych, wzgl. nerwów biodropachwinowego i biodrowo podbrzusznego w następstwie sprawy zapalnej płuc lub opłucnej. Ustalenie rozpoznania może być dokonane poza obrazem krwi zapomocą znieczulenia powłok brzucha. Po wprowadzeniu płynu znieczulającego do powłok brzusznych na przebiegu linji sutkowej od VIII żebra do grzebienia kości biodrowej dolegliwości natury grypowej ustępują całkowicie. Bóle, powodowane zapaleniem wyrostka robaczkowego, nie ulegną w tych warunkach złagodzeniu , gdyż znieczulenie nie dotknie przewodnictwa bólowego nerwów trzewnych.

E i t e l H., K r e b s H. A. i L o e s e r A. *Płat przedni przysadki mózgowej a tarczyca*, str. 615—616.

Autorzy usuwali psom tarczycę, którą krajali na plasterki metodą Warburga i umieszczali w surowicy uzyskanej przez pobranie krwi tętniczej tych samych zwierząt. Do surowicy dodawano wyciągu płatu przedniego przysadki (hormon tyreotropowy Schering—Kahlbaum) w różnych stężeniach i umieszczano w cieplarce 37,5° przez 24 godziny. Po tym okresie czasu dokonywano utrwalania wycinków w formalinie, zatapiano w parafinie, krajano i barwiono hematoksyliną - eczyną. W wycinkach nie poddanych działaniu wyciągu przysadki, poza zmianami martwiczemi w środkowych częściach wycinków, nie spostrzegano odchyleń od zwykłego obrazu histologicznego tarczycy. Natomiast skrawki, zatapiane w surowicy z domieszką hormonu tyreotropowego, wykazały istnienie zmian analogicznych do tych, które cechują nadczynność tarczycy i były spostrzegane in vivo pod wpływem podawania hormonu tyreotropowego przysadki. Badania wskazują, że mechanizm działania przysadki na tarczycę polega na bezpośrednim wpływie hormonu na utkanie gruczołu tarczowego.

M a r k u s H. *Gruczolakowatość żołądka i dwunastnicy ze złośliwem przeobrażeniem gruczolaka dwunastnicy*, str. 617—618.

Opis przypadku. U mężczyzny 31 letniego, operowanego z powodu dolegliwości ze strony brzucha, nasuwających przypuszczenie zwężenia dwunastnicy, w wyciętym guzie dwunastnicy rozpoznano gruczolako-raka. Po 7 latach zjawiają się ponowne dolegliwości o tym samym charakterze. Roentgenogram wykazuje obecność guza krzywizny dużej żołądka wielkości orzecha włoskiego. W usuniętym guzie stwierdzono utkanie gruczolakowe. Autor podkreśla fakt jednoczesnego istnienia gruczolaków żołądka i jelit (dwunastnicy) i wytworzenie złośliwego bujania nowotworowego w guzie dwunastnicy. Wobec tego, że gruczolaki żołądka często występują w liczbie mnogiej i nasuwają niebezpieczeństwo zwyrodnienia rakowego, zdaniem autora, należy w przypadku tych łagodnych nowotworów postępować tak, jak w raku żołądka, to jest wycinać żołądek.

J o k l E. i G u t t m a n n E. *O tak zwanych „naderwaniach mięśni" u sportowców*, str. 618—620.

„Naderwanie mięśnia" jest sprawą spostrzeganą po większych wysiłkach fizycznych, cechującą się gwałtownym bólem, znieczuleniem i obrzmieniem określonych mięśni. Najczęściej występuje to zjawisko na kończynach dolnych — w przedniej części uda oraz w środkowych i tylnych odcinkach ud i podudzi. Niekiedy objawom wymienionym towarzyszy zjawienie się guza i zabarwienie skóry, typowe dla powstania krwiaka. Rozważając, w jakich warunkach dochodzi do wytworzenia obrazu naderwania mięśnia, autor zwraca uwagę, że po za wysiłkiem fizycznym odgrywają rolę także inne okoliczności, jak chłodna i deszczowa pogoda , przemęczenie, niedostateczny trening, maksymalne wysiłki woli i stan napięcia psychicznego podczas zawodów. Często zdarza się, że obraz naderwania mięśni występuje powtórnie u danego osobnika i, jak wykazują obserwacje autora (5 przypadków), — w symetrycznych częściach kończyn po stronie przeciwnej. Przypadki obustronnych naderwań mięśni pozwalają przypuszczać, że obok urazu, spowodowanego nadmiernym wysiłkiem, do powstania sprawy chorobowej przyczyniają się czynniki natury nerwowo-naczyniowej, często — odruchowej. O samej istocie zmian anatomicznych wobec braku miarodajnych badań, nie można dotychczas nic pewnego powiedzieć.

S p a t h F. *Przypadek cierpienia nerki i śledziony umiejscowionych po tej samej stronie*, str. 620—623.

W przypadku choroby Vaqueza rozwija się u chorej obraz cierpienia dróg moczowych, nasuwający podejrzenie kamicy nerkowej, połączonej ze znacznem opadnięciem lewej nerki. Na operacji usunięto śledzionę i nerkę, wykazującą znaczne rozszerzenie miedniczek, pozaciągania bliznowate powierzchni i obecność kamienia w miedniczce. Chora zniosła zabieg pomyślnie, splenektomja nie wywarła jednak widocznego wpływu na dalszy przebieg czerwienicy.

T a k a t s G. *Zabiegi chirurgiczne podnoszące tolerancję na cukier*, str. 623—625.

Streszczenie wyników różnych zabiegów chirurgicznych dokonywanych na zwierzętach i człowieku. Przewiązanie, przecięcie lub wyosobnienie zapomocą żegadła ogona trzustki wywołuje podniesienie tolerancji węglowodanowej. Zastosowany dwukrotnie u dzieci z objawami ciężkiej cukrzycy zabieg wyosobnienia ogona trzustki doprowadził do wyników pomyślnych, jednak podniesienie tolerancji nie było zbyt wysokie, a w jednym przypadku poza tem—krótkotrwałe. Odnerwienie wątroby nie wywiera wpływu na poziom cukru we krwi. Odnerwienie nadnerczy i przecięcie nerwów splotu słonecznego wywołuje wzrost tolerancji cukrowej i nadmierną pobudliwość na wprowadzanie insuliny. W pewnych wybranych przypadkach cukrzycy oba zabiegi, szczególnie pierwszy, — prostszy w wykonaniu, mogłyby mieć zastosowanie lecznicze.

G ü n t h e r F r. *O działaniu dwujodotyrozyny w chorobie Basedowa*, str. 625—626.

Autor podawał dwujodotyrozynę w preparacie „Jodgorgan" Promonta w 20 przypadkach choroby Basedowa i nadtarczyczności. Już w przeciągu krótkiego czasu stosowania środka leczniczego zaznaczyło się polepszanie stanu ogólnego, ustępowanie objawów ocznych, obniżenie częstości tętna i przemiany spoczynkowej. Po zaprzestaniu podawania preparatu w cięższych przypadkach objawy pierwotne powracały, co nasuwało konieczność powtórzenia kuracji. Za najkorzystniejsze dawki uważa autor 25

mgr. 4 razy dziennie. W razie braku wyniku leczniczego wskazane jest podwyższenie dawek (do 300 mgr. dziennie).

T a u b e n h a u s M. *O leczeniu parathormonem tężyczki pooperacyjnej i działaniu wyciągu przytarczycznego na zachowanie się wapnia, fosforu i obrazu białka krwi*, str. 626—629.

U 55-letniej chorej, operowanej z powodu wola, wystąpiły objawy tężyczki. Zastosowano parathormon w dawce 10 jednostek dziennie w okresach pięciodniowych. Już po pierwszych wstrzyknięciach zaznaczyła się poprawa podmiotowa, ustąpiły objawy pobudliwości nerwowej i kurcze mięśniowe. Po zaprzestaniu podawania preparatu objawy powróciły. Zastosowane następnie ponowne leczenie wyciągiem przytarczyc z solami wapnia sprowadziło poprawę, jednak krótkotrwałą. Jednocześnie ze zjawianiem się nadmiernej pobudliwości nerwowej zaczęły się przejawiać cechy obrzęku śluzakowego z obniżeniem przemiany spoczynkowej do — 32%. Poziom wapnia we krwi odznaczał się dużą stałością, ulegając nieznacznemu podwyższeniu z 5 mg % surowicy do 7,5 mg %. Fosfor wykazywał obniżanie poziomu pod wpływem leczenia. Równocześnie z poprawą ogólną stosunek Ca: P wzrastał. W zachowaniu się białka surowicy uderzała duża zawartość albuminy na niekorzyść globuliny. Podawanie parathormonu stale obniżało poziom albuminy i przesuwało stosunek Alb.: Glb. z 4 do 2 i 1,2. W okresie końcowym spostrzegania wszystkie składowe krwi powróciły do liczb początkowych. Obserwacja autora wskazuje na niewątpliwy udział koloidów białkowych w mechanizmie powstania objawów tężyczki.

K l e i n e H. O. *Nowy objaw roentgenologiczny dla odróżnienia odszczepienia nasady kości udowej i zwichnięcia stawu biodrowego u niemowląt*, str. 629—630.

Zdaniem autora, za rozpoznaniem zwichnięcia stawu biodrowego ma przemawiać stwierdzenie w obrazie roentgenowskim niedokształcenia ogniska kostnienia główki kości udowej i całego bliższego odcinka kości. W odwarstwieniu nasady kości udowej, będącem następstwem urazu porodowego, widoczny jest rozrost punktu kostnienia główki kości udowej i intensywniejszy rozwój innych punktów kostnienia w odcinku nasadowym kości.

R i e d e r W. i S c h n a u t z l e r E. *Bakteremja a wydalanie moczu przez nerkę*, str. 630—631.

Autorzy wyosabniali nerki psa i przepuszczali przez nie prąd krwi w przeciągu 4 godzin w warunkach stałego ciśnienia i ciepłoty. Do krwi wprowadzano zawiesinę prątków okrężnicy i obserwowano zachowanie się wydzielania moczu. Zauważono, że drobnoustroje nie przenikają z krwi do moczu dopóki nie wytworzy się stan uszkodzenia nerek; w tym wypadku zjawia się w moczu także krew i białko. Przepuszczanie przez narząd krwi zakażonej powoduje stan drażnienia nerki, co uwidocznia się we wzmożonem wydzielaniu moczu i jego składników, jak potasu, sodu, wapnia, azotu i amoniaku. Odnerwienie nerki nie zmienia naogół wyników doświadczenia, co najwyżej zabieg wywoływał nieznaczne podniesienie diurezy.

S c h n e i d e r E. i W i d m a n n E. *Przemiana mineralna a tarczycopochodne uszkodzenie wątroby*, str. 631—632.

Podając morskim świnkom 5 mgr. dziennie hormonu tyreotropowego przedniego płatu przysadki, autorzy stwierdzili poza znanemi zmianami w tarczycy i znikaniem glikogenu z wątroby, znaczne zmniejszenie poziomu sodu w

surowicy krwi i w miąższu wątrobowym. Wartość chloru i potasu nie uległy większym odchyleniom. Podobne objawy spostrzeżono przy stosowaniu tyroksyny. Zarówno hormon tyreotropowy, jak tyroksyna, nie wpływały na zawartość tłuszczu w mięśniach i wątrobie.

O r t h O. *W sprawie leczenia chirurgicznego gruźlicy*, str. 632—633.

Autor stoi na stanowisku, że leczenie gruźlicy chirurgicznej winno być w założeniu zachowawcze. W zależności od umiejscowienia sprawy i jej przebiegu mogą być wskazane zabiegi krwawe z uwzględnieniem całokształtu warunków ułatwiających pomyślne zejście sprawy chorobowej.

K ö n i g F r i e d r. F r a n z. *„Sztuczne błędy lekarskie"*, str. 634—635.

Krytyczne uwagi w sprawie szeregu artykułów w czasopiśmie „Juristische Wochenschrift" z 5 — 12 listopada 1932 roku.

Dr. Z. Galinowski.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. LXXX. Nr. 9, 3 marzec, str. 327—366.

J e s i o n e k A. *Gruźlica i kąpiel świetlna*, str. 327—332.

K o e p p e H. *Działanie promieni pozafiołkowych na katalazę krwi; przyczynek do zagadnienia dawkowania promieni pozafiołkowych*, str. 332—335.

W i r z F r. *Późne rzeżączkowe zapalenie stawów*, str. 335—336.

S z t e h l o S. *Cięcie cesarskie w przeszłości i obecnie*, str. 337—340.

J a s c h k e R. Th. *Praktyczne leczenie nieprawidłowego położenia macicy*, str. 340—343.

H o p m a n n E. *Reflektor ze szkłem powiększającem Recoss'a*, str. 343.

G r o t h R. i J e g o r o w B. *O nowym sposobie leczenia owrzodzeń żołądka diatermją wzgl. diatermją krótkofalową nerwów współczulnych i przywspółczulnych na szyi*, str. 343—344.

G r o s s m a n n W. *W sprawie zwalczania kolki dróg moczowych*, str. 345—346.

mg.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933. R. LXXX, Nr. 10, 10 marzec, str. 367—406.

S t i c h R. *O leczeniu gruźlicy kości i stawów*, str. 367—371.

G r u b e r G. B. *Jak nazywamy naszą patologję*, str. 371—374.

R e i n H. *O dostatecznem zaopatrzeniu w krew mięśni szkieletowych i mięśnia sercowego*, str. 374.

M a r t i u s H. *Zmiany spojenia łonowego w ciąży i podczas porodu*, str. 375—377.

B e u m e r H. i L ö s c h k e A. *W sprawie przemiany materji i rozpoznania różniczkowego zaburzeń gromadzenia glikogenu*, str. 377—378.

S c h e l l o n g F. i S i c k s E. *Znaczenie liczby skurczów komorowych w niemiarowości zupełnej (migotaniu przedsionków)*, str. 378—380.

Spostrzeżenia autorów, dotyczące przypadków ostro powstającego migotania przedsionków wykazały, iż początkowo wysoka częstość skurczów komorowych z biegiem lat, a nawet miesięcy, ulegała zmniejszeniu, naogół niezależnie

od przebiegu leczenia. Wolna postać niemiarowości jest wyrazem czynnościowego upośledzenia pęczka Hissa, rozwijającego się wskutek osłabienia czynnościowego całego serca. Wolna postać niemiarowości zupełnej wskazuje na zły stan serca.

Szybka postać niemiarowości jest wyrazem dobrego stanu mięśnia sercowego, daje przeto lepsze rokowanie. Niekiedy wcześnie rozpoczęte leczenie strofantynowe posiada wpływ wyrównujący niemiarowość. Gdy przetwory naparstnicy nie pomagają, należy uciec się do chinidyny.

L e m m e l G. *Fizjologiczny zastój żółci i jego stosunek do powstawania kamieni*, str. 380—382.

W przypadkach z długotrwałym brakiem łaknienia i związanego z tem braku bodźców opróżniających pęcherzyk żółciowy, następuje zastój żółci ze znacznem jej zagęszczeniem. Dlatego w przypadkach zapalenia migdałków, zapalenia płuc, grypy, żółtaczki kataralnej, ciąży, rozwijają się warunki ułatwiające powstawanie kamieni żółciowych.

K n a k e E. *O stosunku nabłonka do tkanki łącznej. (Badania hodowli tkankowych przeprowadzonych łącznie z prof. Katzensteinem)*, str. 382—383.

S p e i e r e r K. *Śmiertelność w pęcherzycy pospolitej przewlekłej przy jednoczesnem schorzeniu błony śluzowej jamy ustnej*, str. 383—384.

H e s s P. *Radjologiczne leczenie przewlekłego zapalenia migdałków*, str. 384—385.

K e r n K. *Znaczenie pożywienia jarzynowego we wczesnym okresie niemowlęcym*, str. 385—387.

R i e b e l i n g C. *O leczeniu przemijającego chorobowo - wzmożonego ciśnienia płynu mózgo - rdzeniowego*, str. 387.

mg.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT 1933. R. LXXX, Nr. 11, 17 marzec, str. 407—446.

H e n k e l M. *Dwa praktyczne zagadnienia położnicze (kleszcze i perforacja)*, str. 407—410.

S c h m i d t G. B. *O występowaniu wolnych ciał szklistych (corpora oryzoidea) w jamach surowiczych*, str. 410—411.

H o f b a u e r L. *Dusznica bolesna pochodzenia przeponowego (angina pectoris diaphragmatica)*, str. 411—415.

W obrazie klinicznym dusznicy bolesnej spotykamy często zaburzenia statyczne i kinetyczne przepony. Zaburzenia te mogą się stać czynnikiem wywołującym napad dusznicy. Zrosty opłucnowe, wzmożenie ciśnienia w obrębie jamy brzusznej, przepuklina przeponowa wywołują mechaniczne przeszkody prawidłowych ruchów przepony, dając również nieprawidłowe jej ustawienie; zaburzenia te nierzadko powodują napady dusznicy bolesnej, ustępujące po zniesieniu istniejących przeszkód.

Obecność zmian organicznych w ośrodkowym układzie krążenia (naczynia wieńcowe, tętnica główna, mięsień sercowy), nawet przy braku zmian w przeponie, może na drodze odruchu trzewnoczuciowego spowodować przeczulicę przepony oraz ujawnić przez to trudności swobodnego oddychania, tworzącego obraz dusznicy bolesnej.

B a e r G. i K a t t e n t i d t B. *Wycięcie nerwu przeponowego na podstawie spostrzeżeń przychodni przeciwgruźliczej w Monachjum w latach 1926—1932*, str. 415—417.

Na 118 przypadków w 98 zastosowano wyłącznie wycięcie nerwu przeponowego, z tego — w 20 przypadkach po bezowocnem zakładaniu odmy. Na 78 chorych dobre wyniki osiągnięto u 33 chorych. Przywrócenie normalnych ruchów porażonej przepony szło zawsze w parze ze znaczną poprawą sprawy płucnej; zjawiska te autorzy łączą ze sobą przyczynowo, uważając wygojenie procesów płucnych za warunek nieodzowny powrotu zwykłych ruchów przepony.

Reichel H. i Biedermann F. *Doświadczenia osiągnięte przy ambulatoryjnem zakładaniu sztucznej odmy*, str. 417—419.

Klare K. *Wywiady — czy obraz radjologiczny*, str. 420—421.

Wollesen J. M. *Pięć przypadków ciężkiej gruźlicy płuc operowanych w uśpieniu awertynowem*, str. 421—422.

Stöckmann Th. *Próby skrócenia i wydłużenia czasu snu*, str. 422—423.

Norpoth L. *Leczenie składowe (Depotbehandlung) niedokrwistości złośliwej Campolonem*, str. 423—424.

Pollack R. *Odma sztuczna w dusznicy oskrzelowej*, str. 424.

Stöber Th. *Prosty sposób sprawdzenia rozpoznania przetoki oskrzelowo - opłucnowej*, str. 424—425.

Bruns H. *Ankylostomiasis w niemieckich kopalniach węgla, jako zagadnienie przezwyciężone*, str. 425—430.

Stauder K. H. *Ograniczenie i częstość cierpień manjakalno - depresyjnych*, str. 430—432.

mg.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. LXIII, Nr. 11, z 18 marca, str. 253—276.

Naegeli O. *Związek między jadem opryszczkowym (Herpesvirus) a wynikami leczenia porażeń przy pomocy gorączki*, str. 253—257.

Wśród licznych poglądów, próbujących wyjaśnić dodatni wpływ zimnicy na chorych z porażeniem postępującem — zasługują na uwagę właściwie 2 tylko hipotezy: przypuszczenie istnienia antagonizmu między pasorzytem zimniczym a krętkami blademi, oraz hipoteza działania leczniczego samej gorączki.

Według autora w leczeniu porażenia postępującego zimnicą odgrywa pierwszorzędną rolę jad opryszczki, występującej często w przebiegu wywołanej sztucznie zimnicy. Za hipotezą autora przemawiają fakty następujące: 1) różne metody leczenia gorączkowego działają raczej miejscowo na mózg, z pominięciem innych okolic ciała; 2) najrozmaitsze rodzaje spraw gorączkowych działają zupełnie podobnie, są bowiem jedynie aktywatorami jadu opryszczkowego; 3) powstanie opryszczki w przebiegu choroby zakaźnej jest oznaką pomyślną dla chorego, gdyż jad opryszczkowy nie pozwala miejscowo na wtargnięcie bakteryj ropotwórczych; 4) polepszenie w leczeniu gorączką występuje najwyraźniej w tych przypadkach, w których u chorych zjawia się opryszczka; 5) w przypadkach bez opryszczki — wyniki leczenia są niepomyślne, albo tylko częściowo pomyślne; 6) u chorych, u których w czasie, lub niedługo po zakażeniu kiłą zjawia się opryszczka — rzadko dochodzi do zakażenia płynu mózgowo - rdzeniowego; 7) u kobiet, które dostają opryszczki znacznie częściej od mężczyzn — wiąd rdzenia i porażenie postępujące spotyka się rzadziej, niż u mężczyzn.

J a d a s s o h n W. *Zagadnienia praktyczne w rozpoznawaniu kiły. (Wynajdywanie krętków, nakłucie lędźwiowe, wątpliwe odczyny serologiczne)*, str. 257—259.

Autor podaje kilka wskazówek praktycznych, ułatwiających rozpoznanie kiły, a opartych na doświadczeniu Kliniki Dermatologicznej w Zurichu.

W y n a j d y w a n i e k r ę t k ó w. Naogół lekarze zbyt rzadko szukają krętków w wykwitach skórnych lub śluzówkowych; właściwie każdy niemal wykwit, zwłaszcza w obrębie narządów płciowych, powinien być badany na obecność krętków. Najlepiej szukać krętków zapomocą badania w polu ciemnem, gdyż zarówno stara metoda tuszowa, jak i różne metody barwienia krętków — często zawodzą. Aparatura potrzebna do badania w polu ciemnem jest dosyć kosztowna, autor podaje jednak prosty i bardzo tani sposób skonstruowania kondensatora, który całkowicie odpowiada zadaniu.

N a k ł u c i e l ę d ź w i o w e. U każdego chorego na kiłę należy raz przynajmniej zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy; bez badania płynu — nie można uważać pacjenta za wyleczonego. W celu otrzymania płynu — najlepiej stosować nakłucie lędźwiowe zapomocą igły cienkiej (opis metodyki nakłucia); autor przeważnie wykonywa nakłucie lędźwiowe ambulatoryjnie.

W ą t p l i w e o d c z y n y s e r o l o g i c z n e. Wątpliwy wynik badania serologicznego u chorego kiłowego już leczonego — należy uważać za słabo dodatni. Gorzej jest, gdy wątpliwie wypada odczyn wykonywany w celach rozpoznawczych; w takich przypadkach należy: ogniska podejrzane ponownie zbadać na obecność krętków, po pewnym czasie odczyn powtórzyć, jednakże bez prowokowania ognisk kiłowych zapomocą salwarsanu (co, według autora, jest wogóle niewskazane, poza tem zaś uniemożliwia późniejsze znalezienie krętków), wreszcie dokładnie zbadać chorego klinicznie i rentgenologicznie, oraz wykonać badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Z u r u k z o g l u S. i G r ü n b e r g L. *Opryszczka a kiła mózgowo-rdzeniowa*, str. 259—261.

Autorzy wykonywali badania w celu stwierdzenia, czy w leczeniu kiły mózgowo-rdzeniowej odgrywa rolę opryszczka (samoistna lub szczepiona), oraz czy jad opryszczkowy można przeszczepiać na innych ludzi. Okazało się, że zarówno opryszczka samoistna, jak i wywołana przez szczepienie — powoduje poprawę obrazu klinicznego. Z drugiej strony — szczepienie jadu opryszczkowego, przy odpowiedniej technice — stale się udaje, wobec czego możnaby stosować przeszczepianie jadu opryszczkowego w celach leczniczych.

Dr. J. S.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. LXIII, Nr. 12, z 25 marca, str. 277—300.

G u g g e n h e i m R. *Pryszczyca ołowiowa, jako choroba zawodowa. (Przyczynek do interpretacji artykułów 68 i 98 Szwajcarskiego Prawodawstwa o Wypadkach, oraz do kwestji „czasowego odszkodowania")*, str. 277—280.

U robotników, mających do czynienia z ołowiem występuje niekiedy „pryszczyca ołowiowa", bardzo uporczywa. Dlatego wszelkie uporczywe pryszczyce u ludzi pracujących z ołowiem należy badać w kierunku pochodzenia ołowiowego. W razie stwierdzenia etjologji ołowiowej należałoby wypłacać poszkodowanemu „czasowe odszkodowanie".

R i n e r J. *Przetoka żołądkowo-jelitowo-okrężnicza po zespoleniu żołądkowo-jelitowem, z punktu widzenia diagnostyki rentgenowskiej*, str. 280—286.

Opis jeszcze 3 przypadków przetoki żołądkowo - jelitowo-okrężniczej. Objawy rentgenologiczne takiej przetoki są następujące: przy prześwietleniu natychmiast po podaniu papki barytowej następuje nieprzerwany przepływ papki z żołądka do jelita grubego, perjodyczne przechodzenie papki przy otwieraniu się i zamykaniu otworu przetoki. Przy zdjęciu rentgenologicznem po podaniu papki następuje bezpośrednie przechodzenie papki z żołądka do jelita grubego, przechodzenie papki dopiero po jej rozcieńczeniu, o ile otwór przetoki jest wąski, i wsteczne przechodzenie papki z przepełnionej poprzecznicy do opróżnionego żołądka po upływie 24 godzin, o ile otwór przetoki posiada wentyl, otwierający się tylko w stronę jamy ustnej. Przy zdjęciu rentgenowskiem po podaniu papki metodą Holzknechta widoczne jest natychmiastowe przechodzenie papki z okrężnicy do żołądka, oraz przechodzenie dopiero po wysokiem ułożeniu miednicy.

W przypadkach przetoki żołądkowo-jelitowo-okrężniczej należy wykonać radykalny zabieg operacyjny — usunięcie przetoki, przyczem odpowiednia dieta może uchronić pacjenta od ponownych wrzodów i przetok.

U n d r i t z E. *O rodzinie, zamieszkałej w Wallis, która posiadała „pseudoregeneracyjny" obraz białych krwinek, zależny od dziedzicznej odmiany kształtów i budowy jąder leukocytów*, str. 286—288.

Zdarzają się rodziny (opisano kilka takich przypadków w Holandji), których leukocyty w znacznej części (20 - 40%) przypominają młode krwinki białe i myelocyty. Obraz taki występuje u płci obojga, a jest przenoszony na potomstwo za pośrednictwem matki.

Autor badał 3 siostry, u których stwierdził we krwi obraz następujący: ogólna ilość leukocytów — normalna lub nieco niższa od normy; 1) leukocyty obojętnochłonne: a) z jądrami niepłatowemi — 26,5 — 41%, b) z jądrami dwupłatowemi — ilość dwukrotnie zwiększona, c) z jądrami trzy- i więcej płatowemi — bardzo nieliczne; 2) leukocyty eozynochłonne i zasadochłonne — wykazują te same cechy; 3) limfocyty i komórki plazmatyczne — nie wykazują szczególniejszych odchyleń od normy; 4) monocyty — o zarodzi znacznie ziarnistej, płytki krwi — przeważnie postaci okrągławe; 5) erytrocyty, hemoglobina — bez odchyleń od normy.

Podana przez autora odmiana obrazu krwi, sprawiającego wrażenie regeneracji leukocytów, nie posiada znaczenia patologicznego, natomiast ma duże znaczenie w diagnostyce różniczkowej, może bowiem łatwo prowadzić do omyłek rozpoznawczych (przesunięcie obrazu Arnetha wlewo). Rozpoznanie można ustalić na zasadzie następujących danych: 1) rozbieżność między obrazem krwinek białych, a ogólnem zachowaniem się krwi i stanu ogólnego, 2) charakterystyczne dla tej odmiany krwi postaci jądra leukocytów, 3) podobny obraz krwi u innych członków rodziny.

P f a f f. *Przyrząd do dawkowania naświetlania słonecznego do użytku lekarzy i klimatologów*, str. 288.

B a u c h m a n n W. *Uśpienie skopolaminowe*, str. 289.

Autor zaleca stosowanie uśpienia: skopolamina - eucodal - efetonina - eter, jako dające bardzo dobre wyniki.

B a d e r A. *Listy lekarzy w latach 1855 — 1886, ze spuścizny po prof. Fryderyku Hornerze* (c. d.), str. 289—291.

Dr. J. S.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. LXIII Nr. 13 z 1 kwietnia, str. 301—324.

E g g e r F. *Wyniki badania rentgenologicznego w przypadkach podejrzanych o gruźlicę płuc*, str. 301—304.

Autor zestawia 680 przypadków, badanych przez siebie w ciągu r. 1931 Materjał ten został podzielony na 3 grupy: 1. przypadki gruźlicy rozpoznanej przed badaniem rentgenologicznem, 2. przypadki wątpliwe, oraz 3. przypadki wątpliwe, kiedy istniała stwierdzona gruźlica w najbliższem otoczeniu chorego.

Grupa I nie przedstawia nic szczególnego. Najciekawiej przedstawia się grupa III: okazało się mianowicie, że na 85 osób badanych (wśród otoczenia których znajdował się ktoś bezwątpienia chory na otwartą gruźlicę) u 25,9% stwierdzono rentgenologicznie gruźlicę. Wreszcie, co się tyczy grupy II, na 501 przypadków wątpliwych stwierdzono czynną gruźlicę u 57 osobników (11,4%).

Z objawów, nasuwających podejrzenie gruźlicy, brano pod uwagę podniesienie ciepłoty, kaszel, krwioplucie, bóle w klatce piersiowej, łatwe męczenie, chudnięcie, wreszcie zapalenie opłucnej (ew. przebyte).

Dla rozpoznania gruźlicy utajonej przeważnie nie wystarcza prześwietlenie, lecz konieczne jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego; należy jednak zawsze pamiętać, że rozpoznanie nieznacznych zmian gruźliczych w płucach za pomocą promieni Roentgena wymaga dużego doświadczenia, przyczem posiada ono znaczenie tylko w połączeniu z wynikami innych metod badania klinicznego.

S a e g e s s e r M. *Badanie rentgenologiczne* (6 — Stundenbild), *przy peritonitis tuberculosa*, str. 305—307.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia otrzewnej, łatwe w okresach wczesnych wysiękowych, napotyka na poważne trudności w okresach późniejszych zrostowych. Ważnym środkiem rozpoznawczym jest tutaj metoda, podana przez de Quervaina; polega ona na zaleganiu papki barytowej w jelicie cienkiem w przypadkach gruźlicy otrzewnej ponad 6 godzin, podczas gdy w warunkach prawidłowych jelito cienkie w 6 godzin po spożyciu 200 — 400 gramów papki kontrastowej jest już puste.

Autor potwierdził wartość tej metody rozpoznawczej na 36 badanych przez siebie przypadkach. Z badań tych wynika, że rzeczywiście jelito cienkie w 6 godzin po spożyciu papki kontrastowej zawiera ją jeszcze w dużej ilości, przyczem zaleganie jest tem większe, im większe są zrosty otrzewnowe. Rzadko tylko objawu tego brak przy peritonitis tuberculosa (w 23 przypadkach potwierdzono badanie rentgenologiczne biopsją).

I i b u c h i T. *Hodowanie prątków gruźliczych ze krwi*, str. 307—310.

Badania opierają się na 443 przypadkach rozmaitych postaci gruźlicy, w których autor próbował wyhodować ze krwi chorych prątki. Wyniki dodatnie otrzymał on w 6,99% przypadków, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy gruczołów limfatycznych, nerek, narządów moczopłciowych, opłucnej. Z reguły wyniki dodatnie spotykano w meningitis tbc, w tbc miliaris, oraz w końcowych, przedagonalnych okresach gruźlicy. Według autora, w przebiegu gruźlicy brak stałego krążenia prątków we krwi (jak sądzi Löwenstein); pojawiają się one we krwi tylko okresowo, zwłaszcza we wczesnych okresach gruźlicy, co zresztą jest charakterystyczne również dla innych ostrych chorób zakaźnych (np. duru brzusznego). Dlatego, w miarę ulepszania się techniki hodowania prątków we

krwi metoda ta może stać się ważnym środkiem rozpoznawczym wczesnej gruźlicy.

S t e i g e r J. *Klinika gruźlicy krwiopochodnej*, str. 310—313.

Ostatnio coraz częściej pojawiają się głosy, stwierdzające możliwość wyleczenia gruźlicy prosówkowej. Autor badał rentgenologicznie płuca w 150 przypadkach gruźlicy, powstałej niewątpliwie na drodze krwionośnej (gruźlica nerek, kręgosłupa i stawów). U 60 chorych (40% przyp.), udawało się stwierdzić w płucach zupełnie pewną, przemijającą gruźlicę prosówkową.

Badania autora (ogółem 80 przypadków przemijającego wysiania uogólnionego prątków do krwi) wykazują, jak rzadko jest rozpoznawany ostry okres gruźlicy prosówkowej. Tłumaczy się to względnie często występującemi nieznacznemi tylko objawami gruźlicy prosówkowej (zwłaszcza postaci gojących się). Autor spostrzegał nawet przypadki ambulatoryjne (przejściowe podniesienia ciepłoty, nieznaczne uczucie duszności i niewielkie zaostrzenie szmerów oddechowych i wogóle zaburzenia, przypominające grypę lub anginę). Naogół przypadki takie szybko ulegały wyleczeniu i stan chorych ulegał poprawie. Niekiedy występowały również guzki pod skórą, które następnie ulegały powoli resorbcji (po ew. zropieniu). Czasami zjawiała się również po wysianiu prątków gruźlica stawów palców i najądrzy.

Co się tyczy dalszych losów zmian prosówkowych w płucach, to ustępują one zazwyczaj szybko, choć mogą się utrzymywać również dość długo (nawet w ciągu lat). Wyjątkowo tylko pozostają one przez czas bardzo długi (kilka lat) w stanie prawie niezmienionym. Mogą one ulegać bliznowaceniu i wapnieniu. Niekiedy gruźlica prosówkowa może się powoli rozwijać dalej: guzki powiększają się i zlewają ze sobą. Dość często guzki ulegają naogół zupełnemu wygojeniu, a tylko w pewnych odcinkach płuca (najczęściej podobojczykowych) rozwijają się dalej, tworząc ogniska większe (29 razy na 60 przyp.).

V o s B. *Leczenie pracą i późniejsza opieka*, str. 313—315.

Leczenie gruźlicy trwa zwykle bardzo długo, chorzy zaś na gruźlicę pochodzą najczęściej ze sfer pracujących, niezamożnych. Dlatego, oprócz leczenia chorych na gruźlicę (możliwe we wczesnych okresach choroby), należy im również, po poprawie ich stanu, dać odpowiednią pracę, w czasie której zresztą powinni się oni w dalszym ciągu znajdować pod troskliwą opieką lekarza. W „leczeniu pracą" chodzi o wywołanie u chorego przeświadczenia o jego wartości społecznej, co wpływa zarówno fizycznie, jak i psychicznie dodatnio na jego stan. Praca taka powinna być oczywiście możliwie lekka, przyczem powinna ona łączyć się ściśle ze specjalnością chorego z okresu przedchorobowego. Najlepszem rozwiązaniem tej sprawy jest tworzenie specjalnych zakładów dla gruźlików z najrozmaitszemi warsztatami, oczywiście pod opieką lekarską.

B o r n a n d M. *W sprawie wykrywania mycobacterium tuberculosis zapomocą hodowli*, str. 315—316.

Rozpoznawanie gruźlicy przez posianie materjału podejrzanego na jaju daje w większości przypadków wyniki znacznie szybsze, niż szczepienie na świnkach morskich. Metoda ta nadaje się zwłaszcza do badania ropni zimnych, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego. Oczywiście rozpoznawanie z hodowli nie wyłącza jednoczesnego badania zapomocą szczepienia, które zawsze jednak daje wyniki najpewniejsze. Dla homogenizacji materjału, zwłaszcza o ile jest on gęsty (plwocina, ropa), najlepiej używać 15%-ej antiforminy. W badaniu

moczu dobre wyniki daje stosowanie 12% kwasu siarkowego.

Autor gorąco poleca hodowanie prątków na jaju, gdyż jest to metoda nader prosta, a prątki na jaju szybko i doskonale rosną.

T r o j à n E. *Przyczynki do leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc, frenikotomja, plomby płucne według Baera*, str. 317—318.

Najważniejsze wskazanie do frenikotomji stanowią zmiany rozpadowe w części podstawnej płuca. Na 19 przypadków ze wskazaniami bezwzględnemi wyleczonych zostało 6 przypadków (32%), poprawa nastąpiła w 9 przypadkach (48%), pogorszenie w 2 przyp., reszta — bez zmian. Na 33 przypadki plombowania pogorszenie nastąpiło u 15 chorych (45%), polepszenie — u 13 (39%), wyzdrowienie — u 5 (15%).

O d y F. *Torakoplastyka przykręgosłupowa i podłopatkowa*, str. 318—321.

Autor stosował z powodzeniem górną torakoplastykę przykręgosłupową i podłopatkową. Autor podaje dokładnie technikę zabiegów.

F i s c h e r I. *O preparacie gwajakolowym „Guphène"*, str. 321—322.

„Guphène" jest to związek kwasu fenyl-chinolino-karboxylowego z gwajakolem. Środek ten działa odkażająco, przeciwgorączkowo, znieczulająco i orzeźwiająco; poza tem zmniejsza on wydzielanie. Jest to doskonały środek leczniczy we wszelkich sprawach zapalnych narządów oddechowych.

Dr. J. S.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. XLVI, Nr. 7. z 17 lutego, str. 193—224.

H a m b u r g e r F. *Zakażenie i choroba, alergja i odporność*, str. 193—198. (II część).

Walka organizmu ludzkiego z drobnoustrojem niezawsze kończy się śmiercią jednej lub drugiej strony, lecz może wytworzyć się między niemi współżycie na zasadzie „zawieszenia broni" (lues i t. p.). Dalsze istnienie drobnoustrojów ma tę dobrą stronę, że pozwala na wytworzenie się odporności osobniczej. Przechodząc do sprawy współzależności zakażenia i choroby, autor dzieli powyższy proces na 4 grupy: 1) obowiązkowa choroba i obowiązk. zakaż., 2) obowiązkowa choroba i warunkowe zakaż., 3) warunkowa choroba i obowiązk. zakaż., 4) warunkowa choroba i warunkowe zakażenie.

Wystąpienie choroby wskutek zakażenia zależy w pierwszym rzędzie od dyspozycji zakażonego osobnika, od ilości i jadowitości zarazka.

Autor rozróżnia dyspozycję biologiczną i kliniczną. Pojęcie biologicznej dyspozycji jest związane ze zdolnością organizmu do wytwarzania swoistych przeciwciał nawet wtedy, kiedy nie dochodzi do choroby (alergja). Dyspozycja kliniczna jest identyczna z dyspozycją do choroby. Istotę dyspozycji nie rozstrzyga obecność lub brak antitoksyn (Behring). Wchodzi tu w grę szereg innych, dotychczas nieznanych ciał obronnych. Autor dzieli wszystkich ludzi na 2 typy: 1) „Poikiloergiker" — podlegający dużym wahaniom w wytwarzaniu antyciał, 2) „Izoergiker" którzy tym wahaniom podlegają w małym stopniu; oraz 3 typy: 1) które wytwarzają dużą odporność — „Euergiker", 2) średnią odporność — „Mesergiker", 3) małą odporność — „Dysergiker", (Dysergja Abels'a).

Hipotetycznie każdy z tych typów może być „Poikilo" lub „Izoergiker". Wszystkie powyższe cechy poszczególnych typów mogą być rodzinne. Sama

dyspozycja jest wielkością niestałą, podlegającą różnym wahaniom, zależnym od czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

Pod koniec swego referatu autor wyjaśnia zależność pomiędzy powstawaniem choroby, wytwarzaniem się antyciał i reinfekcją.

Nobl G. i Wolf M. *Zagadnienia podstawowe w sprawie leczenia zachowawczego żylaków*, str. 198—200.

Leczenie żylaków zastrzykami cukru dało wyniki dodatnie zarówno w Niemczech jak i Ameryce. Baetzner z Berlina w swem sprawozdaniu o 100.000 przypadkach, podkreśla wyższość rozczynów cukru nad rozczynami soli fizjologicznej. W miarę rozpowszechniania się tej zachowawczej metody leczenia wzrasta liczba nieudanych przypadków.

Nie powinno to jednak obniżać wartości metody, która w rękach doświadczonego lekarza jest całkowicie nieszkodliwa i może zastąpić wszelkiego rodzaju metody operacyjne dotychczas stosowane w leczeniu żylaków.

Hift R. *Zaburzenia w krążeniu a zdolność do pracy*, str. 200—204. (Dalszy ciąg nastąpi).

Hausner E. *Przyczynek kazuistyczny do zagadnienia przewleklej pierwotnej małopłytkowości*, str. 204—206.

Opis przypadku pierwotnej, przewlekłej małopłytkowości, w którym po upływie 50 lat choroby wystąpiła nagle moczówka cukrowa .

Autor próbuje wytłumaczyć powstanie tej moczówki, która wystąpiła nagle i szybko ustąpiła, wylewem do trzustki. Wyleczenie trwającej przeszło 50 lat małopłytkowości zbiega się z wystąpieniem Ca oskrzeli. Według autora wyleczenie spowodował nowotwór. Badanie histologiczne wykazało wzmożoną czynność erytro i myeloplastyczną szpiku kostnego.

Chwalla R. *O wartości praktycznej odczynu odchylenia dopełniacza w klinice rzeżączki męskiej*, str. 206—210 (dokończenie).

Autor b. obszernie omawia kwestję odczynu odchylenia dopełniacza. Podaje wyniki otrzymane przez siebie w 619 przypadkach: 376 przypadków rzeżączki, 243 — schorzeń nierzeżączkowych.

We wnioskach ostatecznych wypowiada się w sposób następujący: wyniki otrzymywane są b. różne, zależnie od techniki, rodzaju antigenu, sposobu odczytywania (badania porównawcze z surowicą tych samych chorych w różnych pracowniach).

Praktyczne znaczenie tej próby w rozpoznawaniu i rokowaniu rzeżączki na razie nie może być brane pod uwagę. Jednakże metoda ta, jako pomocnicza w klinice, ma bezwzględnie swoje znaczenie. Możliwe, że w przyszłości przyczyni się do rozpoznawania ukrytych przypadków rzeżączki.

Ewald C. *O rozpoznawaniu i leczeniu przypadków kamicy żółciowej* str. 210—211.

Mimo tego, że posiadamy umiejętność wykonywania cholecystografji, nasza diagnostyka w przypadkach kamicy żółciowej stoi na poziomie diagnostyki kamicy nerkowej z przed stu laty. Jedynie wczesny zabieg jest dla pacjenta celowy, wobec tego autor nawołuje do wczesnego wykonywania zabiegu.

Nie należy zbytnio liczyć się z nawrotami operacyjnemi, podobnie jak nie czynimy tego w przypadkach kamicy nerkowej. Stwierdzenie obecności kamieni w nieprzeciętym pęcherzyku nastręcza trudności nawet na stole operacyjnym; autor podaje metodę, która oddawała mu wielokrotnie duże usługi.

Nakłuwa się pęcherzyk, otrzymaną żółć bez żadnego preparowania ogląda się pod drobnowidzem. Jeżeli zawiera ona płytki cholesteryny w dużej ilości,

lub też płytki barwnika, spodziewać się należy kamieni. Obecność pojedyńczej płytki, w dodatku z wyżłobieniem, co piąte pole widzenia, nie przemawia za kamicą.

Z w e i g W. *Technika prokto-sigmoskopji*, str. 211—213.

Opis techniki badania wziernikowego odbytnicy i esicy: 1) przygotowanie pacjenta, 2) ułożenie, 3) instrumenty, z załączeniem 4 ryc.

Dr. H. K.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933. R. XLVI, Nr. 8, z 24 lutego, str. 225—256.

B r a u n Z. *Badania doświadczalne nad parciem krwi i nerkami*, str. 225—228 .

Autor robił doświadczenia na psach, wprowadzając dokręgowo kaolin, po uprzedniem zniszczeniu unerwienia nerek.

W 5 przypadkach wprowadzenie kaolinu nie dało spodziewanego wzmożenia parcia krwi, lecz przeciwnie spadek ciśnienia o 50 — 60 mm Hg. Natomiast zwierzęta kontrolne, które miały pozostawione całkowicie unerwienie nerek, wykazały wzrost ciśnienia krwi o 300 mm Hg.

Wnioski, jakie autor z tego wyciąga, są następujące: nerka działa regulująco na parcie krwi; działanie to odbywa się drogą nerwową; wyłączenie unerwienia nerek, uniemożliwia trwałe zwiększenie parcia krwi.

Badania autora wymagają dalszych doświadczeń; przypuszcza on, że bodziec do wzmożenia się parcia krwi powstaje poprzez układ ośrodków naczynioruchowych mózgu, naskutek początkowo czynnościowych zmian w samej nerce.

Następnie dłuższe trwanie wzmożonego ciśnienia, powoduje zmiany organiczne w nerkach, mniej lub bardziej rozległe, zależnie od wartościowości narządu.

Nerka jest więc punktem wyjścia i zakończenia procesu powstawania wysokiego ciśnienia krwi. Czynnikiem wywołującym jest ośrodkowy układ nerwowy, zawierający „przedstawicielstwo" nerki, podobnie jak i innych narządów.

L o e w e n s t e i n E. *O obecności prątków gruźliczych we krwi w chorobach układu nerwowego*, str. 228—231.

Autor prowadził badania bakterjologiczne krwi i innych cieczy ustrojowych (płyn mózg.-rdz., wysięki zapalne).

Opierając się na tych badaniach dochodzi do następujących wniosków:

1) Gruźlica jest chorobą wywołana przez prątek Kocha.

2) Może istnieć zakażenie gruźlicze bez gruzełków gruźliczych.

3) Zmiany tkankowe gruźlicze nie dają jednolitego obrazu, są zależne: a) od jakości szczepu, b) od stanu odporności ustroju, c) od wrót zakażenia, d) od okresu badania, e) od odporności miejscowej narządu.

4) Gruźlica jest chorobą naczyniową. Pałeczka gruźlicza tworzy często gruzełki w błonie wewnętrznej naczyń, gruzełki te są źródłem bakteremji.

5) Sekcyjne rozpoznanie gruźlicy musi być oparte na badaniu mikroskopowem i bakterjologicznem narządów. Kontrola makroskopowa jest niewystarczająca.

6) Gruźlica jest chorobą uogólnioną, nigdy miejscową w sencie morfologicznym. Świadczy o tem obecność prątków w krążącej krwi.

7) Za pomocą własnej metody badania udało się autorowi stwierdzić prątki gruźlicze w dużej grupie innych chorób poza grupą chorób o znanej etjologji gruźliczej: a) lupus erythematodes, erythema nodosum et induratum, b)

chorioditis, ophtalmitis symp., c) polyarthritis ac. et chr., d) chorea e. sclerosis multiplex et neuritis retrobulb. f) dementia praecox.

Prątki gruźlicze zostały stwierdzone nietylko we krwi, ale i w ognisku chorobowem. Specjalnie przy chorioiditis i wysiękach stawowych.

8) Prątki można stwierdzić b. wcześnie, w okresie kiedy badanie Roentg. nie pozwala na żadne wnioski.

9) Wykrycie prątków jest wskaźnikiem pewniejszym niż inne pośrednie metody (reakcja tuberkulinowa, odchylenie dopełniacza).

Zagadnienie niniejsze wymaga dalszych badań, współpracy lekarzy wszystkich narodowości.

H i f t R. *Zaburzenia w krążeniu a zdolność do pracy*, str. 231—237 (dokończenie).

Autor podaje określenie pojęcia pracy oraz podział pracy na zawodową i społeczną. Wyjaśnia na czem polega zdolność i niezdolność do pracy oraz fizjologja pracy chorego człowieka.

Przechodząc do głównego tematu, autor zastanawia się nad fizjologją pracy serca zdrowego i nad reakcją serca na pracę (przerost serca i t. p.). Omawia pojęcia siły rezerwowej serca (Reservekraft), siły wypoczynkowej (Ruhekraft), zmęczenia, wypoczynku, nadmiernej pracy i odwracalności zmian (Reversibilität).

Przechodząc do patologji chorób sercowych autor podaje, że najłatwiejsze jest rokowanie w ostrych chorobach serca, znacznie trudniejsze jest rokowanie w chorobach przewlekłych, napadowych (tachycardia, bóle w okolicy serca i t. p.) i tych, w których znajdujemy klinicznie stan serca normalny. Omawiając takie stany patologiczne serca, autor dochodzi do wniosku, że nawet przyśpieszenie tętna każe ograniczyć pracę osobnika chorego, zwłaszcza jeżeli to przyśpieszenie tętna daje się leczyć zapomocą naparstnicy.

Autor omawia również zaburzenia rytmu jak extrasystolia i tachycardia paroxysmalis, oraz zależność parcia krwi i pracy.

Wykrycie białka w moczu ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli stoi w związku z zastojem krwi na tle osłabienia m. sercowego.

W dalszym ciągu autor zastanawia się nad szeregiem objawów klinicznych, spotykanych w różnych schorzeniach sercowych i omawia szczegółowo ich znaczenie przy orzekaniu zdolności do pracy. Jako zupełnie odrębny zespół objawów ujmuje kwestję dusznicy bolesnej.

Niekiedy jednak należy się oprzeć jedynie na wywiadzie i tu autor podaje cenną uwagę, że wywiadom ludzi chorych na serce należy prawie zawsze wierzyć. Reasumując, autor dochodzi do wniosku, że pewne ćwiczenie jest dla m. sercowego konieczne, nadmierne oszczędzanie daje wyniki niepomyślne.

J a n u s c h k e H. *O leczeniu raka wydzieliną gruczołów dokrewnych i lekami farmaceutycznemi*, str. 237—238.

Zondek i Hartoch ogłosili, że podanie prolanu wzmaga siły wyniszczonych kobiet z Ca inoperabilis i umożliwia operację. Zastrzyknięcie prolanu myszom zwalnia wzrost nowotworu doświadczalnego.

Nawiązując do powyższej publikacji autor, częściowo na zasadzie przesłanek teoretycznych, częściowo opierając się na doświadczeniach, sądzi, że można zadziałać hamująco na rozwój nowotworu zapomocą różnych chemiczno - biologicznych czynników.

G e l b e n e g g e r F. *Dokręgowe leczenie solganalem zapalenia opon mózgowych i schorzeń mózgowo-rdzeniowych*, str. 238—241.

Autor opierając się na pomyślnych wynikach stosowania dożylnie złota, wprowadza złoto do kanału kręgowego w przypadkach schorzeń mózgowych, chcąc w ten sposób zadziałać miejscowo.

Wprowadzane ilości solganalu wynoszą 0,01 — 0,1; ogólna ilość wprowadzonego leku nie przekracza 0,9 g. Częstość powtarzania wstrzyknięć zależy od odczynu gorączkowego. Jedynie w przypadkach b. ciężkich, nie czekając na spadek ciepłoty, autor podaje złoto dokręgowo dzień po dniu. Wyżej opisany sposób leczenia dał bezwzględne wyleczenie w 2 przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych, a 1 raz w przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych (stwierdzono prątki w płynie).

Również zachęcająco wypadły próby stosowania dokręgowo solganalu w przypadkach stwardnienia wieloogniskowego, parkinsonizmie i t. d.

Powikłania, w postaci zatrzymania moczu, zapalenia pęcherza moczowego, są częściowo powodowane działaniem złota, a częściowo częstemi nakłuciami lędźwiowemi. Powikłania te nie występują w stosowaniu solganalu w większych dawkach (0,05), w odstępach 2 — 3 dniowych.

Zresztą zmiany te szybko ustępują i nie są groźne. Innych zaburzeń ta metoda nie dawała.

Autor zachęca innych lekarzy do wypróbowania tej metody leczniczej.

W a g n e r R. *Zapobieganie i leczenie awitaminozy w wieku dziecięcym*, str. 241—243.

Na wystąpienie awitaminozy są narażone przedewszystkiem niemowlęta sztucznie karmione i małe dzieci, które rosnąc, nie otrzymują zupełnie przez dłuższy czas pewnej witaminy, albo otrzymują ją w niedostatecznej ilości.

Najczęstszemi postaciami awitaminozy są: xerophtalmja — awitaminoza A. Witamina A, ciepło-odporna, zawarta jest w tłuszczu mleka. Podawanie zbytnio rozcieńczonego lub odtłuszczonego mleka przez długi okres czasu może spowodować u dziecka awitaminozę. Xerophtalmja leczy się b. dobrze i szybko zapomocą tranu. Zapobiegawczo wystarczy podanie 1 łyżeczki tranu dziennie, leczniczo 2 łyż. U dzieci starszych duże znaczenie posiada odpowiednie ułożenie diety.

2. Choroba Möller - Barlowa — powstająca wskutek braku witaminy C, b. wrażliwej na gorąco.

Choroba ta powstaje przy sztucznem karmieniu niemowląt mlekiem sterylizowanem i długo gotowanem. Leczniczo i zapobiegawczo b. skuteczne jest wczesne podawanie soków owocowych, cytryny, pomarańczy, jarzyn.

Autor podaje obszerny opis klinicznego przebiegu tych schorzeń, oraz wymienia jeszcze kilka mniej częstych postaci awitaminoz.

W końcu podkreśla, że dieta zawierająca: mleko, świeże surowe jarzyny, świeże owoce i jajko, zawiera wszystkie dotychczas znane witaminy i jest wystarczająca dla zapobiegania powyższym schorzeniom.

W e i n b e r g e r M. *O patologji i klinice grypowego zapalenia płuc*, str. 243—244.

Schorzenia grypowe dróg oddechowych ograniczają się często do zajęcia tchawicy, oskrzeli, oskrzelików, tk. dookołaoskrzelowej. Jednakże łącznie z zakażeniem dodatkowem (streptokoki, pneumokoki), dają typowe ogniska zapalne w płucach, o przebiegu naogół łagodnym.

Bardziej groźna jest postać krwiotoczna zapalenia płuc wywołana pałeczką Pfeifra.

Opisywane są również postacie rozsianego ropnego zapalenia płuc, wywołane pałeczką grypy: a) mają tendencję zgorzelinową, b) zlewając się z sobą,

zajmują całe płaty, c) dotyczą naczyń chłonnych, tk. łącznej międzyzrazikowej.

Pod względem etjologji mają pałeczki grypy działać pobudzająco na saprofity i łącznie z niemi wywoływać chorobę.

Z zapaleniem grypowem płuc możemy się spotkać również w okresie poza epidemją. O etjologji grypowej tych zapaleń płuc świadczy w dużej mierze ich zaraźliwość.

Niewykrycie innej etjologji w żadnym wypadku nie pozwala na rozpoznawanie zapalenia płuc grypowego.

Dr. H. K.

THERAPIE DER GEGENWART, 1933, R. LXXIV. Nr. 2, luty, str. 49—96.

M ü l l e r L. R. *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu tyreotoksykozy*, str. 49—54.

Autor opisuje fizjologję tarczycy i jej wydzielanie. Opisuje wole i sposoby powstawania. Przechodzi do choroby Basedowa. Podkreśla wartość leczniczą preparatu Gynergen i leczenie promieniami.

A u f r e c h t. *Przeciw teorji zakażenia inhalacyjnego gruźlicą płuc*, str. 54—56.

Autor odrzuca teorję inhalacyjnego zakażenia płuc gruźlicą. Prątki dostają się do organizmu zawsze przez uszkodzenia skórne, lub uszkodzenia błon śluzowych. Migdałki są główną bramą wejścia. Z nich dostają się prątki do najbliższych gruczołów, gdzie albo ulegają zniszczeniu, albo pozostają żywe i rozmnażają się. Stąd mogą prątki dostać się do obiegu limfy, lub krwi. U dzieci zdarza się czasem, że zakażone gruźlicą gruczoły śródpiersia wysiewają prątki wprost do małych odgałęzień tętnicy płucnej i wtedy choruje tylko określony odcinek środkowego, lub górnego płatu. Te prątki, które dostaną się do żył, wędrują z krwią przez serce do płuc. Niektóre zarazki dostają się z krwią aż do szczytów płuc i tworzą ogniska gruźlicze. Ogniska te mogą zwapnieć, albo mogą się stać ogniskiem dla zakażenia całych płuc. Autor poleca odmę sztuczną jako znakomity środek leczniczy.

S t r a u s s H. *Nowe wytyczne w leczeniu chorych na cukrzycę*, str. 56—60.

M ü h l e n k a m p P. *Leczenie zapalenia i miejscowy obraz krwi*, str. 60—62.

Autor opiera się na działaniu preparatu g l y k o l i stwierdza w sztucznie wywołanem miejscowem zapaleniu jego wybitne działanie przeciwzapalne i lecznicze dla skóry, na podstawie miejscowego obrazu krwi. Stwierdza, że działanie to idzie równolegle z obrazem klinicznym i makroskopowym.

W i n t e r H. *O leczeniu gorączką kiły układu nerwowego*, str. 62—67.

Autor nie przesądza sprawy, czy ta metoda leczenia jest lepsza od innych. Do tego potrzeba mu większej liczby przypadków. Podkreśla jednak, że metoda leczenia neuroluesu gorączką dała dotychczas tak zachęcające wyniki, że należałoby się nią zainteresować i prowadzić ją dalej. Autor przytacza kilka przykładów leczenia tą metodą.

E s c h P. *Krążenie i zaburzenia w krążeniu w okresie wczesnym ciąży* (dok. z Nr. 1), str. 67—71.

F r i e d r i c h W. *O używaniu w cukrzycy alkalicznego cytrynianu „Sandow"*, str. 89—91.

G i e s P. *Związek między padaczką i wydzielaniem wewnętrznem, oraz leczenie padaczki u kobiet preparatami hormonowemi*, str. 91—92.

D i e n z H. *Przyczynek do leczenia morskiej choroby preparatem Thalassan,* str. 92—94.

G u t t m a n n E. *Leczenie termiczne rzeżączki u kobiet,* str. 94—95.

R u s c h k e. *Doświadczenia ze środkiem nasennym „Evipan”,* str. 95—96.

W e i c h m a n n M. *O używaniu preparatu „Pantocain” w praktyce,* str. 96.

Dr. Krzewiński.

THERAPIE DER GEGENWART, 1933 R. LXXIV, Nr. 3, marzec, str. 97—144.

N o o r d e n C. *Z praktyki leczenia insuliną cukrzycy,* str. 97—100.

Autor podaje normalne leczenie cukrzycy i jej powikłań insuliną, opisuje dietetykę przy cukrzycy i podkreśla, że insuliny nie da się niczem zastąpić.

L e f f k o v i t z M. *Nerwowe serce u dzieci,* str. 100—103.

M a y e r F. *Kiedy zapisanie morfiny ma podstawy lekarskie?* str. 104—108.

Autor zaleca ostrożność przy zbyt pochopnem stosowaniu morfiny, którą można często zastąpić innym środkiem. Przechodzi do kwestji morfinistów, którzy często symulują różne bóle, aby wydobyć od lekarza upragnioną receptę.

H o s k e H. *Próby leczenia młodych ludzi niezdolnych do pracy,* str. 108—112.

A b e l K. *Leczenie hormonalne w ginekologji i położnictwie,* str. 112—116.

Artykuł przeglądowy preparatów używanych w ginekologji i położnictwie.

V o h w i n k e l K. *Nowsze diagnostyczne odczyny krwi w kile i rzeżączce, oraz Tbc.,* str. 117—123.

B e c k. *Nowsze środki lecznicze. Hypnotica-sedativa,* str. 123—129.

Dr. Krzewiński.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 1933. R. LIX. Nr. 6 z 10 lutego, str. 199—240.

S c h i f f F. *Grupy krwi i przetaczanie krwi. Podstawy nauki o grupach krwi,* str. 199—201.

Artykuł o charakterze wykładu klinicznego, uwzględniający podział krwi na grupy (O, A, B, AB), nowe dane chemiczne o budowie poszczególnych grup (swoiste ugrupowanie węglowodanowe grupy A) metodykę odróżniania grup, dziedziczenie grup (D u n g e r n - H i r s z f e l d, 1910; B e r n s t e i n, 1924); nowowykryte grupy M, N, P (L a n d s t e i n e r - L e v i n e), t. zw. niebezpiecznych krwiodawców (C o c a), t. j. tych dawców różnogrupowych, których surowica zawiera nadmiernie wielką ilość niweczników i t. p.

Autor podkreśla wielkie znaczenie praktyczne dostatecznego opanowania techniki określania grup krwi, oraz zwraca uwagę, iż t. zw. szybka próba serologiczna, wykonywana ze sprzedażnemi surowicami wzorcowemi, nie we wszystkich przypadkach jest miarodajna i wystarczająca.

M ü l l e r H. *Znaczenie praktyczne badań nad grupami krwi,* str. 201—204.

Autor oświetla znaczenie badań nad grupami krwi dla medycyny sądowej (określanie ojcostwa, stwierdzanie właściwego potomstwa w wypadkach przypadkowej lub umyślnej zamiany dzieci, identyfikowanie plam krwawych i określanie ich przynależności do ofiary, wzgl.

do sprawcy czynu występnego; określanie przynależności grupowej nasienia męskiego, stwierdzonego na bieliźnie, w pochwie kobiet zgwałconych i t. p. W przypadkach wykroczeń przeciw moralności publicznej, stwierdzenie przynależności grupowej śliny na dowodach rzeczowych, np. ogryzków papierosów i t. p.).

Mimo wielkiego zapału ze strony innych znawców sądowych, autor wypowiada się b. oględnie o praktycznej wartości sądowo - lekarskiej określania grup M i N oraz o wyciąganiu daleko idących wniosków z określania tych grup.

U n g e r E. *O organizacji kadr krwiodawców*, str. 204—206.

1. Zawodowi krwiodawcy winni być zarejestrowani w jakiejkolwiekbądź organizacji centralnej (np. w szpitalu), winni być pod stałą kontrolą lekarską, ze szczególnem zwróceniem uwagi na zakażenie kiłowe, winni być przestrzegani przed zbyt częstemi i wielkiemi upustami krwi (conajwyżej 800 cm^3 naraz); winni posiadać odpowiednie zaświadczenie z fotografją, wyszczególnieniem grupy krwi (rodzaj grupy, pozatem niektóre centrale przetaczaniowe wtatuowują krwiodawcy pod skórę), z wynikiem i datą odczynu *Wa* i t. p.

2. Z usług zawodowych krwiodawców korzystać należy jedynie wtedy, gdy rodzina pacjenta odmawia dania krwi z pośród swego grona.

3. O ile możności należy przetaczać krew jednogrupową (unikać grupy O, krwiodawców generalnych).

4. W przypadkach wielokrotnego przetaczania krwi, pobieranej od tego samego dawcy, wykonywać należy b e z p o ś r e d n i e badanie krwinek i surowicy odbiorcy na odczyn zlepiania (aglutynacji).

5. Należy oszczędzać żył krwiodawcy (nie podwiązywać!).

K e h r e r F. *Zagadnienie t. zw. urazowych schorzeń mózgowia (encephalopathia traumatica)* ciąg dalszy, str. 206—208.

H a n s e n K. *Wyniki leczenia odczulającego gorączki siennej mieszanemi wyciągami z pyłku roślin*, str. 208—211.

Ogółem leczonych było w r. 1932 316 chorych, z których 28% zostało wyleczonych, u 42% — nastąpiła znaczna poprawa, u 20% — poprawa nieznaczna, u 10% — brak poprawy.

Leczenie gorączki siennej wyciągami wieloważnemi z pyłku roślin jest leczeniem wybiórczem (elektywnem), działającem również dodatnio w niektórych przypadkach dychawicy oskrzelowej. Leczenie wyciągami z pyłku roślin winno być właściwie stosowane w charakterze zapobiegawczym (w lutym — kwietniu) tak, by było zakończone w maju, przed okresem kwitnięcia traw (koło 20.V.). Stosowane wieloważne wyciągi zawierały pyłek nietylko rozmaitych traw *(Agrostis, Alopecurus,* i t. p.) ale również i żyta *(Secale cereale)*.

K o e p p e n S. *Badania anatomiczne nad przepuklinami w otworze przełykowym przepony*, str. 211—212.

Badania nad zachowaniem się włókien mięsnych, otaczających otwór przełykowy przepony: włókna te bądź krzyżują się jeszcze przed połączeniem się ze środkiem ścięgnistym przepony *(centrum tendineum)* — typ mięśniowy I, bądź łączą się w linji środkowej ze środkiem ścięgnistym — typ mięśniowy II, bądź wreszcie rozchodzą się — typ mięśniowy III.

Przełyk nie jest organicznie — silnie (mięśniowo) połączony z otworem przełykowym przepony: połączenie tworzy blaszka łącznotkankowa, przykryta

opłucną na swej powierzchni górnej, otrzewną zaś — na dolnej.

Przełyk jest ruchomy w otworze przeponowym; w 20 przypadkach na 120 zbadanych ruchomość ta była dość znaczna.

Specjalnego wpływu wieku (starzenia się) na wzrost ruchowości przełyku autorzy nie stwierdzili.

W 3 przypadkach występowało bańkowate rozszerzenie dolnej nadprzeponowej części przełyku.

H a l t e r G. i P a p e R. *Zmiany czynności ruchowej jelit w okresie miesiączki*, str. 212—213.

W okresie miesiączki autorzy stwierdzają przyśpieszenie czynności ruchowej jelit. Przyśpieszenie to jest najbardziej znamienne u kobiet z nawykowem zaparciem stolca, które w okresie miesiączki mają stolce prawidłowe.

Powodem miesiączkowego przyśpieszenia perystaltyki jelitowej jest prawdopodobnie odruch międzynarządowy: wzmożenie czynności ruchowej (skurczowej) macicy, wpływające odruchowo na czynność ruchową dolnych odcinków jelita grubego.

H e r x h e i m e r K. *Niektóre nowe przetwory, stosowane w lecznictwie chorób skórnych*, str. 213—214.

L e i t e s S., K o s ł o w a A. i J u s s i n W. *Śledziona a tłuszczowa przemiana materji*, str. 214—215.

Śledziona jest składnicą tłuszczu wprowadzonego drogą pokarmową. Niska liczba jodowa tłuszczu, zawartego w śledzione u psów sztucznie karmionych olejami tłuszczowemi świadczy, iż śledziona wywiera w stosunku do kwasów tłuszczowych nietylko czynność dehydrogenizacyjną, ale również i hydrogenizacyjną.

Wzrost liczby jodowej tłuszczu, zawartego w wątrobie i tkance tłuszczowej u sztucznie karmionych psów z wyciętą śledzioną świadczy o zaburzeniach w utlenianiu i odtlenianiu nienasyconych kwasów tłuszczowych (czynność śledziony?).

H a u b o l d H. *Propaganda jako ważny czynnik pomocniczy w walce państwowej z rakiem we Francji*, str. 215—217.

P r a u s s n i t z C. *Epidemja grypy w r. 1933*, str. 217—219.

Tegoroczna epidemja grypy podkreśla raz jeszcze, że grypa szerzy się z zastraszającą szybkością podczas okresów depresji gospodarczej.

Szerzeniu się grypy sprzyja jej krótki okres wylęgania, ogólna skłonność *(dispositio)* do zapadalności, względnie krótkotrwały okres odporności nabytej. W wybuchu epidemji prawdopodobnie odgrywa rolę obostrzenie się jadowitości (zjadliwości) pałeczek grypowych, któremu sprzyja z kolei niedożywianie się ludności, oraz zimna, wilgotna pogoda.

Na zakończenie autor omawia sposoby walki społecznej z grypą.

F r i e d e m a n n U. *W sprawie leczenia grypy*, str. 219—221.

Leczenia swoistego niema. Można tylko łagodzić objawy (leżenie w łóżku, duża ilość gorących napojów, środki napotne, chinina i jej pochodne; środki przeciwgorączkowe i przeciwnerwobólowe; wodolecznictwo: okłady wilgotne, najlepiej gorące w razie bólów opłucnowych; uderzanie zmoczonym ręcznikiem lub kompresy gorczyczne w razie odoskrzelowego grypowego zapalenia płuc i t. p.). Podawać środki kojące kaszel. Środki wykrztuśne są bezcelowe, dopóki niema jeszcze wydzieliny w oskrzelach.

W przypadkach powikłań, np. w razie niedomogi krążenia w przebiegu grypowego zapalenia płuc: upust krwi, wziewania tlenu, strofantyna (0,25 mg x 4 r. w ciągu doby) w cukrze gronowym lub

w kalorozie; kofeina, kamfora, kardiazol i t. p.

W przypadkach grypowego zapalenia płuc: chinina i jej przetwory (solvochina domięśniowo, transpulmina; kardiazol — chinina), disulfamina, surowica przeciwgrypowa — mieszana surowica przeciwpneumokokowa i przeciwpaciorkowcowa — działanie zmienne w przebiegu poszczególnych epidemij.

Pogrypowe ropniaki *(empyema)* opłucnowe nie nadają się do leczenia operacyjnego, natomiast lepsze wyniki daje chemoterapja (doopłucnowe stosowanie związków nitroakrydynowych — preparat *Balkanol).*

G a u p p V. *Leczenie zakażeń grypowych w wieku dziecięcym*, str. 221—222.

Wytyczne: leżenie w łóżku, dieta płynna, bogata w wodę i w węglowodany (soki owocowe, owoce — przetarte banany; pudding z mondaminy; u osesków — mleko kobiece); leżenie na powietrzu, wzgl. w pokoju z otwartemi oknami (nawet oseski!), w razie potrzeby — okłady gorczyczne w przypadkach *bronchitis capillaris.* U słabych oseskówi — przetaczanie krwi.

Poza tem leczenie objawowe: salicylany lub piramidon (od 0,05 — dawka początkowa — do 0,15 — 1 — 3 r. dziennie); adrenalina *aa* z gliceryną i miejscowe „kąpiele świetlne" w nieżycie nosa; małe dawki promieni R o e n t g e n a w zapaleniu migdałków; w dławcu rzekomym — surowica przeciwbłonicza, okłady z lodu, środki uspokajające (bromural); kardiazol i kofeina, jako środki nasercowe i t. p.

V o g e l K. *Ostre schorzenia ucha i górnych dróg oddechowych w przebiegu grypy*, str. 222—225.

Artykuł o charakterze wykładu klinicznego, uwzględniający objawy i leczenie grypowych schorzeń ucha *(otitis media et externa bullosa)* i ich powikłań (zapalenie wyrostka sutkowego, zapelenie opon mózgowych, zakrzep zatoki żylnej), schorzeń nosa i jego jam obocznych, schorzeń gardzieli i krtani (ostry nieżyt; t. zw. *laryngitis fibrinosa; perichondritis;* ropowica i martwica krtani).

W rozpoznawaniu i leczeniu autor kładzie specjalny nacisk na przypadki, wymagające zabiegu operacyjnego i podaje ścisłe wskazania do wkroczenia czynnego.

L i n d e n H. *Rozważania lekarsko-statystyczne nad nową falą grypy*, str. 225—226.

W-n.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. 1933. R. LIX. Nr. 7 z 17 lutego, str. 241—278.

S c h e u n e r t A. *Stan obecny badań chemicznych nad witaminami*, str. 241—244.

O ile się zdaje, ostateczne poznanie budowy chemicznej niektórych witamin będzie dziełem niedalekiej przyszłości, gdyż w ciągu dwóch lat ostatnich nauka o witaminach i ich budowie chemicznej zrobiła znaczne postępy.

Witamina A np., jest zbliżona do karotyny, C_{40} H_{56}. W wątrobie karotyna ulega przekształceniu w witaminę A—S. prawdopodobnie pod wpływem odrębnego zaczynu, karotynazy. Witamina A istnieje w dwóch odmianach, podobnie, jak istnieją dwie odmiany karotyny; α i β Karotyna wydaje się przeto substancją macierzystą, z której powstaje witamina A.

Witamina przeciwkrzywicowa D powstaje pod wpływem działania promieni nozafiołkowych na ergosterynę, pod względem chemicznym zaś jest jej izomerem. Witamina ta zawiera grupę alkoholową i 3 wiązania podwójne.

Witamina E jest mało zbadana; brak jej w pokarmach wywołuje niepłodność u samic, u samców zaś zwyrodnienie jąder; witamina ta znajduje się w nasionach kukurydzy, pszenicy, ryżu. Rozpuszcza się w tłuszczach; budowa chemiczna — nieustalona.

Witamina B nie jest jednolita i składa się 1) z w. B_1, czyli właściwego czynnika antyneurytycznego o wzorze $C_6 H_{10} ON_2$ (J a n s e n - D o n a t t) lub też według innych badaczy $C_{12} H_{17} O_3 NS$ (W i nd a u s - L a q u e r), 2) z w. B_2, czynnika przeciwdziałającego powstawaniu rumienia lombardzkiego *(pellagra)*, 3) z w. B_3, B_4, B_5, czyli t. zw. czynników wzrostu i rozwoju, wreszcie 4) z w. Y (C h i c k - C o p p i n g), czynnik ten odznacza się swą ciepłostałością, nawet przy odczynie zasadowym (czem różni się od innych witamin).

Witamina C, czyli przeciwgnilcowa, która według S z e n t - G y ö r g y i'e g o jest identyczna z kwasem heksuronowym, według zaś O. i A. R y g h'ó w jest połączeniem metylnornarkotyny z kw. glukuronowym.

K e h r e r F. *Zagadnienie t. zw. urazowych schorzeń mózgowia (encephalopathia traumatica)*, dokończenie, str. 244—247.

S c h i l l i n g V. *Krwawienia przy przepuklinach okołoprzełykowych*, str. 247—249.

Opis kazuistyczny 5 przypadków. Krwawienia miały charakter przewlekły i wywoływane były przez uwięźnięcie „worka" przepuklinowego, wzgl. przez owrzodzenia lub nowotwory (raki), powstające w uwypuklonym ponad przeponę odcinku żołądka.

Pod względem klinicznym niektóre przypadki przepuklin okołoprzełykowych, przebiegających z krwawieniami, przypominały niedokrwistość złośliwą (megalocytoza, polychromatofilja), od których jednak różniły się swoim atypowym wzorem ciałek białych.

H a a s e E. i W i t t k e J. *Nowe próby leczenia morfinistów w otwartych zakładach szpitalnych*, str. 249—252.

Autorzy wypowiadają się za nagłem całkowitem odstawieniem morfiny, nie zalecają natomiast metody stopniowego zmniejszania dawek wstrzykiwanych.

Propagowana przez niektórych badaczy metoda wywoływania w okresie odwykowym trwałego (kilkudniowego) snu *(„Dauerschlaf")* za pomocą narkotyków jest 1) niebezpieczna (opis 2 własnych przypadków, zakończonych zejściem śmiertelnem), 2) uniemożliwia czynne współdziałanie woli chorego; dlatego też autorzy metodę te odrzucają.

W głównych zarysach leczenie odwykowe polega na stosowaniu środków i metod, zmniejszających objawy głodu morfinowego (letnie kąpiele; środki, wzmagające napięcie układu współczulnego — efetonina; dożylne wstrzykiwania cukru gronowego, szczeg. w okresach dreszczy i potów). Na noc chorzy otrzymują środki nasenne.

Metody te zwykle wystarczają w lekkich i średnio-ciężkich przypadkach morfinizmu.

W przypadkach zaś ciężkich autorzy zalecają, opierając się na badaniach A d l e r a z Wiednia, stosowanie związków purynowych. Zdaniem A d l e r a, odstawienie morfiny wywołuje nagłe zatrzymanie wody w ustroju („zatrucie wodne"), czem tłumaczą się objawy kliniczne głodu morfinowego. Uruchomienie (i wydalenie) wody dzięki związkom purynowym (eufilinie), zmniejsza *eo ipso* objawy abstynencji morfinowej.

Autorzy zamiast eufiliny zalecają z dobremi wynikami h e l w e t y n ę (połączenie 1 — 3 dwumetylooksypuryny z kwasem ortooksybenzoesowym oraz z solami *Na i Ca*). Związek ten łączy

działanie moczopędne (oksypuryna) z działaniem znieczulającem (kw. oksybenzoesowy) oraz wzmagającem czynność układu nerwowego i naczyniowego (wapń). Dodatek nowokainy umożliwia domięśniowe stosowanie helwetyny.

Dzięki helwetynie nie występują takie objawy głodu morfinowego, jak skurcze w łydkach, kichanie, łzawienie; poza tem, poty i biegunki mają średnie nasilenie; niepokój ruchowy również nie jest wybitny.

W niektórych przypadkach helwetyna zawodzi.

Materjał autorów składał się z 220 przypadków.

Gara P. *Zapalenie opon mózgowych u dzieci, wywołane przez laseczniki grypopodobne*, str. 252—254.

Opis kazuistyczny 2 przypadków ropnego zapalenia opon mózgowych (u dzieci: 6-o mies. i 2-letniego), wywołanego przez laseczniki, zbliżone do laseczników grypowych Pfeiffera, różniące się jednak od nich zdolnością wzrostu na podłożach, nie zawierających hemoglobiny. Laseczniki te, Gram — ujemne, odznaczały się swą małą żywotnością oraz były niechorobotwórcze względem zwierząt doświadczalnych (królików, morświnek, białych myszy).

Peipers A. *Zatrucie ołowiem, a owrzodzenia żołądka*, str. 254—255.

Opis kazuistyczny przypadków współistnienia ołowicy przewlekłej i wrzodu dwunastnicy u 46-letniego ślusarza, który pracował w odlewni ołowiu od 10 lat. Autor upatruje związek przyczynowy między obu schorzeniami i zwraca uwagę, iż wbrew utartym poglądom, ołowica przewlekła wywoływać może nietylko stany kurczowe w dolnych odcinkach przewodu pokarmowego (kolka ołowiowa, przewlekłe zaparcie stolca), ale również i w odcinku górnym (żołądek, dwunastnica). Następstwem tych kurczów, w których wydatny udział bierze układ naczyniowy, jest powstawanie owrzodzeń w żołądku, wzgl. dwunastnicy.

Hinrichs A. *Tania instalacja do odprowadzań elektrokardjograficznych na odległość*, str. 255—256.

Deutsch J. *Stosowanie nagrzanego powietrza .(„Heissluftbehandlung"), a miażdżyca cukrzycowa tętnic*, str. 256.

W nerwobólach u chorych cukrzycowych autor zamiast nagrzanego powietrza zaleca stosowanie termoforów.

Erbach O. *Hidro-Milkuderm*, str. 256—257.

Jest to nowy środek przeciw nadmiernej potliwości.

Fuss H. i Derra E. *Regulacja oddechu oraz równowaga kwasowo-zasadowa podczas uśpienia ogólnego*, str. 257—259.

Clauberg K. W. .*Przyrząd do ochrony lekarza i personelu pielęgniarskiego przed zakażeniem i wskazówki jak należy go używać w przypadkach pobierania nalotu z gardzieli*, str. 259.

Opis i fotografja.

W-n.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. 1933. R. LX, Nr. 10 z 11 marca, str. 545—608.

Loeffler F. *Uwagi zasadnicze o mojej metodzie operacyjnej przy nawykowem zwichnięciu stawu barkowego*, str. 546—550.

Metoda podana w r. 1919 polega na wytworzeniu z dostatecznie szerokiego pasma powięzi więzu, przebiegającego pozastawowo, powierzchownie; więz ten, przeprowadzony przez otwory wywiercone w guzku większym k. ramieniowej

oraz w wyrostku barkowym, nie tylko zabezpiecza od zwichnięcia, ale i unosi główkę k. ramieniowej do prawidłowego ustawienia w panewce; wobec tego że na więzie tym zwisa cały ciężar kończyny, musi on być przy nakładaniu b. silnie napięty — osiąga się to przez odwiedzenie ramienia i ustalenie go na szynie na okres 14 dni. Zabieg wykonany ściśle według oryginalnej metody nie daje nawrotów. Zaletę metody stanowi pozastawowy przebieg zabiegu.

M a n d l F. *Zamknięcie celluloidem wielkiej przepukliny krzyżowej po doszczętnej operacji raka odbytnicy,* str. 550—553.

Przyp. raka odbytnicy, operowanego w r. 1921 metodą krzyżową. Powstała przepuklina krzyżowa, która w r. 1930 osiągnęła wielkość główki dziecka. Zastosowano heteroplastyczne zamknięcie wrót przepuklinowych płytką celluloidową, umocowaną grubym jedwabiem do k. krzyżowej i części miękich. Dotychczas bez nawrotu.

M e r m i n g a s K. *Apendektomja bez szwu na mięśnie,* str. 553.

Zabieg w znieczuleniu miejscowem z cięcia lędźwiowego (Zbl. Chir. Nr. 12 1931). Szwy położono tylko na otrzewną i na skórę. Przebieg bez powikłań. Po zabiegu chory idzie piechotą do łóżka.

O b e r b a c h H. *Kamica dróg żółciowych, czy nie?,* str. 554—555.

Opis przyp.: u kobiety 60 l. z dolegliwościami w nadbrzuszu, żółtaczką i odbarwionemi stolcami podczas zabiegu stwierdzono przetokę pęcherzykowo okrężniczą oraz niedrożność przewodu wspólnego w obrębie brodawki Vatera. — Przy operacji dokonano przeszczepienia przew. wsp. do dwunastnicy. — Nastąpiło wyzdrowienie.

T r e u J. *Opad żołądka i jelit a niedomoga mięśni,* str. 555—558.

Przyczyną gastro - enteroptozy jest zwiotczenie mięśni ściany brzusznej (wątła budowa, otłuszczenie, blizny pooperacyjne), dzięki czemu powstaje brzuch obwisły i lordoza lędźwiowa. Pas ortopedyczny może przynieść ulgę w tych dolegliwościach, natomiast gimnastyka mięśni brzucha, będących w stanie niedomogi, jest przeciwwskazana, — wymagają one spokoju i odbarczenia (pas). Przy operacjach brzusznych należy oszczędzać mięśnie. Ciśnienie wśródbrzuszne ma ważne znaczenie dla czynności narządów wewnętrznych.

S u e r m o n d t W. F. *Jejunostomja przy żółciotoku,* str. 559—560.

Przyczyną żółciotoku po wycięciu pęcherzyka żółciowego (Melchior, Zbl. Chir. Nr. 49 1932) są albo zaburzenia w czynności wątroby, albo niedrożność brodawki Vatera (kamień, obrzęk pourazowy naskutek zgłębnikowania).

Autor proponuje założenie wysokiej przetoki jelita czczego i wprowadzenie do niej wyciekającej żółci, gdyż usuwa to przyczynę wyniszczenia chorego i pozwala czekać na powrót drożności przewodu wspólnego, ewent. poprawia znacznie rokowanie ponownego zabiegu.

F e r v e r s C. *Udoskonalona metoda szybkiego i bezbolesnego przecinania opatrunku gipsowego,* str. 560—562.

Przecinanie niepodwatowanego opatrunku gipsowego jest niełatwe. By tego uniknąć nakleja się na skórę kończyny w miejscu przyszłego przecinania t. zw. tuneloplast, t. j. pasmo gumowe o przekroju greckiej omegi Ω. Dzięki elastyczności przylega ono ściśle do kończyny i daje się wyginać bocznie. Naklejenie z obu stron umożliwia przecięcie, przez wytworzenie nakładanej

rynienkowatej szyny. (Wyrabia firma Vulnoplast, Bonn).

K u e s e n h o f f W. *Powikłania przy przetaczaniu krwi,* str. 562—567.

Zdarzają się wypadki niewyjaśnionych powikłań przy przetaczaniu krwi. Autor podaje 2 przyp. powikłań. — W jednym z nich — zejście śmiertelne.

1) Krwotok kiszkowy, b. silne wykrwienie — przetoczono 1000 cm³ krwi dawcy jednoimiennej grupy A. Jednak nastąpiła ciężka zapaść, pomimo bezodczynowego przebiegu próby biologicznej.

2) Niedokrwistość złośliwa, stan ogólny ciężki, grupa krwi O. 4-rokrotne przetoczenie krwi (1000, 750, 950 i 1000 ccm.) — po ostatniem zgon. Wskazane są częstsze przetaczania mniejszych ilości krwi i od różnych dawców; konieczne każdorazowe przeprowadzenie próby bezpośredniej.

Dr. H. Ciszkiewicz

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. 1933. R. LX. Nr. 11, z 18 marca, str. 609—672.

V o l k m a n n K. *O podwójnych nerkach,* str. 610—616.

Pyelografja wykazuje częste występowanie wad rozwojowych w postaci rozdwojonych lub podwójnych moczowodów (w 3% pyelogramów), względnie podwójnych nerek w różnych stopniach rozdwojenia.

Opis 2-ch przyp. rozdwojeń, leczonych operacyjnie: zabieg polegał na klinowem wycięciu dolnego bieguna nerki (heminephrectomia) z powodu bolesnego utrudnienia wydalania moczu przez niższy, cieńszy moczowód. W 2-gim przyp. kilkakrotna kontrola metodą pyelografji wykazała przeciekanie moczu przez szew miąższu nerki do tkanki okołonerkowej. Czynność pozostałej części nerki bez zarzutu.

L e r c h A. *Ropień powłok brzusznych, jako pierwszy objaw raka jelit,* str. 616—620.

Opis 3-ch przyp. raka okrężnicy, w których przebicie nowotworu przez powłoki brzuszne i powstanie w nich ropnia było pierwszym objawem jego istnienia. Nie jest to jednak objaw wczesny, a ciężkie powikłanie sprawy, utrudniające i opóźniające zabieg doszczętny (konieczne założenie przetoki kałowej powyżej guza). W rozpoznaniu różniczkowem wchodzą w grę, zależnie od umiejscowienia ropnia: uchyłki jelit, owrzodzenia (gruźlica, dur), ropnie okołowyrostkowe lub pęcherzyka żółciowego, wrzody żołądka, promienica jelit, ciała obce przewodu kiszkowego, zapalenie szpiku kostnego talerza biodrowego i t. p.

E s a u P. *Guzy zapalne, dające obraz nowotworów złośliwych,* str. 620—622.

Opis przyp. szybko rosnącego guza na lew. udzie u mężczyzny 32 l.; guz ten, pomimo cech nowotworu złośliwego (brak objawów zapalnych, ogólne osłabienie, przerastanie tkanek otaczających) okazał się podczas zabiegu guzem zapalnym nieswoistym, otaczającym drobny martwak kostny. Wyłyżeczkowanie wnętrza guza, wyleczenie.

K a s p a r M. *Czy można nastawić zgnieceniowe złamania trzonów kręgów,* str. 623—624.

2 rentgenogramy uwidoczniają możliwość zupełnego powrotu do normy zgniecionego trzonu po nastawieniu metodą Böhlera — warunkiem koniecznym jest zupełne zniesienie bolesności i napięcia mięśni (znieczulenie miejscowe wg. Schneck'a — Der Chirurg Nr. 18, 1930).

K o t r n e t z H. *O technice nastawiania złamań kręgosłupa wg. Watson-Jones'a*, str. 625—627.

Metoda Watson - Jones'a (przejęta przez Böhlera) leczenia złamań kręgosłupa (D. i L.) polega na nakładaniu gorsetu gipsowego w ułożeniu pacjenta ze zgiętym kręgosłupem (silna lordoza) i odbywa się w znieczuleniu miejscowem wg. Schneck'a.

Autor wprowadził ulepszenie w postaci zastosowania szerokiego pasa, w kształcie Y, którego skrzyżowanie przypada na okolicę spojenia, a dwa ramiona biegną po przedniej powierzchni kl. piersiowej i przez obojczyki, umożliwiając zawieszenie tułowia pacjenta w silnej lordozie; kończyny dolne aż do spojenia leżą na stole. W takiem zawieszeniu nałożenie gorsetu gipsowego jest wygodniejsze i mniej przykre dla pacjenta (w metodzie oryginalnej opierał się on na wyprostowanych rękach).

K l a g e s F. *Wyniki leczenia ropnego zapalenia opłucnej u dzieci wycięciem żebra i drenowaniem zamkniętem*, str. 627—633.

Empyema u dzieci występuje często, zwykle w przebiegu zap. płuc. Śmiertelność wysoka, wg. piśmiennictwa przeciętnie 20 — 22% (w 1-ym roku życia 56 — 74%, w 2-gim 24 — 59%, w 3-cim 13 — 17%). Wyniki autora: na 98 przyp. 7 zgonów; śmiertelność: 1 — 3 l. — 10%, 3 — 9 l. — 6,9%, 10 — 13 l. — 0%.

Początkowo usuwanie ropy drogą nakłuć — jeśli ropa zagęszcza się lub wciąż nagromadza się nanowo — konieczny zabieg operacyjny, nie wcześniej niż po 5 — 10 dniach od 1-go nakłucia; typowa rezekcja żebra w znieczuleniu miejscowem, w pozycji siedzącej — po nacięciu opłucnej wprowadza się dren, którego koniec jest owinięty grubym opatrunkiem z waty — drenowanie zamknięte; po 12 — 14 dniach — drenowanie otwarte. Przy zmianie drenu wydzielają się duże złogi włóknika. Dren pozostaje przeciętnie 29 dni, czasem 21 — 24 dni — zbyt długie drenowanie powoduje powstawanie jam. Zniekształcenia kręgosłupa są u dzieci przemijające.

S c h ü c k F. *Zwalczanie wstrząsu za pomocą dożylnych wstrzykiwań roztworów hypertonicznych*, str. 634—635.

Odpowiedź na uwagi Stejskala (Zbl. Chir. Nr. 48) i Josepha (Zbl. Chir. Nr. 49) o pracy autora (Zbl. Chir. Nr. 34, 1932).

Chodzi tu o wprowadzenie dożylne małych dawek (30 ccm.) 40% roztworu cukru, co powoduje dopływ płynu z tkanek do naczyń (wg. Simenauera około 500 ccm).

Działanie analeptyczne i osmotyczne roztworów cukru jest znane oddawna.

Dr. H. Ciszkiewicz.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. 1933. R. LX, Nr. 12, z 25 marca, str. 673—720.

M u n t s c h O. *Czy można wyjaławiać gazę jodoformową?* str. 674—677.

Na podstawie badań doświalczalnych autor twierdzi, iż nie można wyjaławiać w parze gazy jodoformowej, gdyż po odpowiednio długiem działaniu pary o odpowiedniej ciepłocie (45 min., 110° C) jodoform ulatnia się doszczętnie. Należy, zgodnie z poglądem Franz'a (Zbl. Chir. Nr. 14, 1932) zastąpić gazę jodoformową taką gazą, która po nasyceniu środkiem dezynfekcyjnym, mogłaby być wyjaławianą w parze.

M á t y á s M á t y á s. *O znieczuleniu lędźwiowem (nowokaina, pantokaina)*, str. 678—686.

Od znieczulenia lędźwiowego wymagamy: 1) bezpieczeństwa, conajmniej

równającego się bezpieczeństwu ogólnego uśpienia; 2) możności przerwania w każdej chwili w razie niebezpieczeństwa — jest to niewykonalne; 3) pełni znieczulenia pola operacyjnego — jest to możliwe tylko poniżej pępka; 4) braku przykrych następstw (bóle głowy, wymioty) i powikłań (porażenia) — czego nie można zapewnić.

Nowowprowadzone środki znieczulające nie wykazują żadnej przewagi nad nowokainą (8% roztw.). Dłuższe utrzymywanie znieczulenia (np. pantokaina 2 — 4, nawet do 7 godz.) nie jest zaletą: działanie środka znieczulającego winno trwać tyle tylko, ile jest niezbędnem do wykonania zabiegu.

Dawkowanie nowokainy: zabiegi na odbytnicy (guzy krwawnicze, przetoki) — ½ cm; operacje wyrostka, przepukliny, laparotomje ginekologiczne — 1 cm; oper. Wertheima — 1½ cm; w razie konieczności uzupełnia się znieczuleniem miejscowem. Po ustąpieniu działania zniecz. lędź. występuje miejscowa przeczulica — konieczne jest podawanie narkotyków. Zaletą zniecz. lędź. jest zupełne zwiotczenie powłok i trzew.

Ciężar właściwy nowokainy jest wyższy, niż płynu mózgowo - rdzeniowego — pomimo to nawet przy ułożeniu Trendelenburga mała dawka nowokainy nie opada zazwyczaj poniżej wyr. mieczykowatego (m. i. ulega po drodze związaniu z kom. nerwowemi) i nie dochodzi do rdzenia przedłużonego. Zabiegi wymagające głębokiego Trendelenburga bezpieczniej jest wykonywać w znieczuleniu lżejszą pantokainą — dwa te środki nie rywalizują ze sobą, a uzupełniają się wzajemnie. Z przeciwwskazań do zniecz. lędźw. najważniejszem jest znaczna otyłość.

Przed znieczuleniem nie podaje autor żadnych narkotyków; na ½ godz. przed zabiegiem podskórnie po 1 cm. kofeiny, kamfory i strychniny.

Na 4300 przyp. zniecz. lędźw. ani jednego przyp. śmierci, w 2-ch przyp. znieczulenie nie wystąpiło zupełnie, przykre następstwa są rzadkie.

Wyniki z pantokainą oparte są na zbyt małym materjale, jednak są b. zachęcające.

Zniecz. lędźw. nowokainą autor stosuje głównie do zabiegów w małej miednicy; do operacji w nadbrzuszu, jak również do zabiegów długotrwających zdaje się być celowe stosowanie pantokainy (w ułożeniu Trendelenburga lub zupełnie poziomem).

D o m a n i g E. *O technice doszczętnego usuwania gruczołów pachwinowych*, str. 686—688.

Wskazanie do zabiegu tego stanowią przerzuty nowotworów złośliwych. Opis techniki zabiegu, polegającego na usunięciu gruczołów powierzchownych wraz z płatem wyciętym z powięzi, poczem następuje wyłuszczenie gruczołów głębokich.

D e h n e E. *Przypadek niezupełnego zwichnięcia kości skokowej*, str. 688—691.

Zwichnięcie supinacyjne w górnym stawie skokowym bez równoczesnego złamania kostki należy do niezwykłych rzadkości. Może ono powstać naskutek szeregu powtarzających się urazów. Leczenie polega na długotrwałem unieruchomieniu gipsowem, celem umożliwienia mocnego zrośnięcia się więzadeł, przy równoczesnem chodzeniu, by nie dopuścić do zaniku mięśni. Naderwania więzadeł stawu skokowego muszą być starannie leczone, gdyż wynikiem zaniedbania mogą być ciężkie powikłania — jak opisany przypadek.

M e y e r E. *Czy thorotrast jest bezpiecznym środkiem kontrastowym, nadającym się do rentgenodiagnostyki urologicznej?*, str. 691—697.

Wbrew twierdzeniu Puhl'a (Zbl. Chir. Nr. 33, 1932), autor uważa thorotrast za preparat przewyższający wszystkie inne środki kontrastowe, używane do pyelografji, dzięki dużemu wysyceniu cienia i zupełnej nieszkodliwości. Retencja środka kontrastowego wskutek utrudnionego odpływu moczu nie jest zależna od jego wątpliwości fizykalnych; stwierdzenie retencji (ilościowe i czasowe) za pomocą kolejnych zdjęć stanowi wartościowy wskaźnik czynności dróg moczowych. Prąd wsteczny (miedniczkowo - nerkowy) występuje przy stosowaniu thorotrastu wyjątkowo rzadko i za przyczynę powstania jego nie należy uważać tego środka.

K i m K. *O olbrzymich chrzęstniakach kości*, str. 697—698.

Opis 2-ch przyp: 1) chrzęstniaka lew. kości ramieniowej o wymiarach 35 × 28 × 25 cm; leczenie operacyjne — odjęcie ramienia; na uwagę zasługuje olbrzymia wielkość guza oraz niezwykłe jego umiejscowienie na trzonie kości długiej; 2) chrzęstniaka I kości śródręcza lew. wielkości 12 × 10 × × 14 cm.

D e d e s D. *Przypadek bąblowca trzustki*, str. 698—700.

Opis przyp. niezwykłego umiejscowienia bąblowca w główce trzustki u 25 l. mężczyzny. Z powodu objawów cholemji leczony początkowo cholecystostomją, później zabiegiem doszczętnym, polegającym na usunięciu torbieli wielkości pomarańczy; wyleczenie.

W piśmiennictwie znane są zaledwie 29 przyp. operowanych bąblowców trzustki.

Dr. H. Ciszkiewicz.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. 1933, R. LX, Nr. 13 z 31 marca, str. 721—784.

G r a f P. *O leczeniu chirurgicznem sakralizacji V kręgu lędźwiowego*, str. 721—728.

Opisana w r. 1920 przez Francuzów sakralizacja V L jest najczęściej sprawą wrodzoną. Stanowi ona niejednokrotnie przyczynę bólów krzyża, które skierowują kobiety do ginekologa — opis 3-ch takich przyp. Jeden z nich był leczony operacyjnie — zabieg polegał na klinowem wydłutowaniu mostka kostnego, łączącego V L z kością biodrową. Rentgenologicznie stwierdzono po 2-ch latach wznowienie się mostka, pomimo to bolesność nie wróciła.

Zdjęcie rentgenowskie odcinka lędźwiowego kręgosłupa należy wykonywać w ułożeniu z kolanami zgiętemi na brzuch celem uniknięcia omyłki z powodu krzyżowania się wyr. poprzecznego V L z krawędzią kości krzyżowej.

B e c k A. *Sakralizacja V kręgu lędźwiowego jako przyczyna bólów krzyża*, str. 728—731.

. Opis przyp. bólów krzyża u 31 l. kobiety, u której stwierdzono jednostronną sakralizację V L. Leczenie operacyjne (wobec braku wyniku długotrwałego leczenia zachowawczego) — wydłutowano wyr. poprzeczny V L; wynik subjektywny doskonały.

Autor uważa, iż przyczyną bolesności jest ucisk wyr. poprzecznego na okostną grzebienia kości biodrowej.

B o n n R. *Wrodzony naczyniak chłonny sutka*, str. 731—733.

Dobrotliwe nowotwory sutka, a zwłaszcza naczyniaki są rzadkie. Opis przyp. wrodzonego guza pr. sutka u kobiety 21 l., wielkości jaja kurzego, umiejscowionego w fałdzie podsutkowym; guz wycięto, a badanie histologiczne określiło go jako naczyniak chłonny (lymphangioma). Rozpoznanie kliniczne niemożliwe.

P r i b r a m B. O. *Leczenie operacyjne opuszczenia żołądka oraz zasadnicze uwagi w sprawie opuszczenia trzew*, str. 734—742.

Dolegliwości spowodowane przez opuszczenie narządu (ptosis) są wyrazem podmiotowego odczuwania jego ciężaru, który w warunkach prawidłowych jest zupełnie niewyczuwalny. Dolegliwości te ujawniają się zwłaszcza przy zmianie położenia ciała w postaci bólu lub ucisku, a przyczyną ich jest nieprawidłowe umocowanie narządu; należy je wyodrębnić od zaburzeń w czynności narządu, do których zresztą jego opuszczenie może wtórnie doprowadzić.

Wskazaniem do leczenia opuszczenia jest wykluczenie jakichkolwiek innych przyczyn dolegliwości. Opuszczenie żołądka idzie zawsze w parze z jego niedowładem.

Leczenie zachowawcze: gimnastyka powłok, dieta (jedzenie częstsze w małych ilościach), płukania żołądka, noszenie pasa.

Leczenie operacyjne polega na sfałdowaniu szwami przedniej ściany żołądka tylko w jej części pionowej, bez ściągania odcinka przyodźwiernikowego; szwy zostają wyprowadzone w międzyżebrzu i związane pod skórą; po takiem sfałdowaniu żołądka odźwiernik stanowi najniższy punkt. Autor operował w ten sposób 24 przyp. z wynikiem pomyślnym (w jednym przyp. zabieg przed 11-tu laty).

K ö n i g W. *Nowa szyna metalowa na ramię wg. H. Lambergera*, str. 743—744.

Szyna ta unieruchomia złamania kości ramieniowej w odwiedzeniu. Jest ona uniwersalna, t. j. nadaje się do leczenia różnych typów złamań k. ramieniowej, z zastosowaniem wyciągu lub bez, umożliwiając różny kąt zgięcia w stawach barkowym i łokciowym, przytem można ją zakładać na ramię prawe lub lewe u osobników różnego wzrostu. Jest ona zbudowana z lekkiego metalu, przepuszczalnego dla promieni rentgenowskich.

H a i m E. *O leczeniu t. zw. żył wyrównawczych i wrzodu żylakowatego.* (Uwagi do prac. O. Meyera i W. Schimanski'ego, Zbl. Chir. 1932 Nr. 51), str. 745.

Autor podał w r. 1931 sposób leczenia zakrzepów żyły udowej, polegający na głębokiem, do kości sięgającem nacięciu tkanek miękich bocznej powierzchni uda; takie odciążenie ciśnienia wśródtkankowego ułatwia powstanie krążenia obocznego.

O r t h O. *Błędy i niebezpieczeństwa przy wyprostowywaniu dziecięcych wykrzywień kości po sztucznem rozmiękczeniu.* (Uwagi do pracy Kraussa, Zbl. Chir. 1933 Nr. 1), str. 746.

Na 200 osteotomij z powodu krzywiczych wykrzywień kości autor miał 1 przyp. śmiertelnego zatoru tłuszczowego. Zatory te zdarzają się na szczęście b. rzadko, ale możliwość ich jest nieunikniona, zarówno przy krwawych, jak i bezkrwawych (rzadziej) metodach leczenia złamań, uruchomianiu przykurczów i t. p. zabiegach.

H a b e r l a n d H. F. O. *Plastyka twarzy i sutka*, str. 746—748.

Przy zabiegach kosmetycznych należy unikać cięć kątowych; skóry zbytnio nie napinać, gdyż wtedy szwy ją przecinają, a odżywienie brzegów rany jest upośledzone; opatrunek winien odciążać szew. Igły do szycia skóry winny być cieniutkie.

Przy plastyce sutka sposób podany przez Grossa (Zbl. Chir. 1933 Nr. 1) autor uważa za niefizjologiczny, gdyż uszkadza on naczynia chłonne sutka.

Dr. H. Ciszkiewicz.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. 1933. R. LX. Nr. 14, z 8 kwietnia, str. 785—848.

H e y m a n n E. *O zabiegach chirurgicznych przy glejakach mózgu,* str. 786—793.

Autor obserwował w ciągu ostatnich 10 — 11 lat 250 przyp. glejaków w mózgu.

Podział glejaków: a) glejaki starcze: występują w 5 — 6 dziesięcioleciu, dając objawy ogniskowe; rokowanie złe, nie nadają się do leczenia operacyjnego; ogromne te guzy, rozlane lub ograniczone, powodują obrzęk odpowiedniej półkuli mózgu.

b) glejaki biegunowe (czołowe, skroniowe lub potyliczne); pomyślne rokowanie zabiegu zależy tu w dużej mierze od tego, czy guzy te powstają na powierzchni mózgu, czy też przeciwnie, wzrastają od głębi ku powierzchni. Najpomyślniejsze rokowanie dają glejaki bieguna czołowego; zajmują one czasem oba płaty czołowe. Rokowanie guzów innych biegunów jest nierównie gorsze, objawy kliniczne występują b. późno. Wycięcie glejaka bieguna skroniowego jest technicznie trudne, połączone z koniecznością podwiązania tętnicy Sylwjusza, czego chory zazwyczaj nie przeżywa. Rozpoznawcze znaczenie posiada badanie rentgenowskie z wypełnieniem komór powietrzem.

Glejaki wychodzące z II zwoju skroniowego dają dobry wynik pooperacyjny, polegający na szybkiem ustąpieniu objawów uciskowych; jednak już po kilku miesiącach lub nawet tygodniach z reguły występuje nawrót.

Glejaki bieguna potylicznego, jakkolwiek technicznie łatwe do usunięcia, cechują się złośliwością, szybko dają nawroty; naświetlanie rentgenowskie zdaje się je przyśpieszać.

c) glejaki zwojów — najczęściej umiejscowione w zwojach centralnych, rzadziej w brzeżnych lub środkowych skroniowych. Usunięcie operacyjne technicznie łatwe, jednak często występują śmiertelne obrzęki mózgu. I tu naświetlania rentgenowskie przyśpieszają nawrót, przyczem charakter guza jest anatomopatologicznie złośliwszy. Glejaki podkorowe (wzgórka wzrokowego i in.) są niedostępne dla zabiegu chirurgicznego. Wapniejące glejaki są łatwiejsze do usunięcia i dają rokowanie pomyślniejsze; glejaki torbielowate są złośliwe, przytem im torbiel jest większa, tem guz jest dobrotliwszy. Dokładne zdanie sobie sprawy z umiejscowienia, wielkości i wyglądu glejaka jest warunkiem koniecznym do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Żaden z operowanych przez autora przypadków nie przeżył ponad 4 lata po zabiegu (z wyjątkiem glejaków móżdżku, gdzie zupełne wyleczenie jest możliwe).

B u r m e i s t e r R. *Tłuszczak żołądka i wrzód trawienny,* str. 793—794.

Dobrotliwe nowotwory żołądka, a zwłaszcza tłuszczaki, należą do rzadkości.

U 46 letniego mężczyzny z krwotokami żołądkowemi wycięto odźwiernik, w którym stwierdzono guzek wielkości orzecha — tłuszczak z owrzodzeniem o charakterze wrzodu trawiennego. Przyp. ten potwierdza teorję powstawania wrzodu żołądka na tle zaburzeń w krążeniu. Przy krwotokach żołądkowych wskazany jest jaknajwcześniejszy zabieg.

H e i n s h e i m e r S. *Appendicitis fibromatosa i wgłobienie wyrostka do kątnicy,* str. 795—797.

51-letnią kobietę operowano z powodu ostrego zapalenia wyr. rob. — u pod-

stawy wyrostka stwierdzono guz wielkości jaja kurzego, wgłobiony do kątnicy. Po dokonaniu coecotomii stwierdzono wgłobienie wyrostka na przestrzeni 6—7 cm. Ranę drenowano, wyzdrowienie. Wyrostek był b. zgrubiały (obwód 3½ cm.); guz u podstawy przedstawiał obraz włókniaka, powstałego na tle przewlekłego stanu zapalnego. Nie można było rozstrzygnąć, co było pierwotne, a co wtórne — wgłobienie, czy zwyrodnienie włókniakowate.

P f e i f f e r R. *Nieopisany dotychczas objaw okolicy biodrowej*, str. 797—799.

Objaw zaobserwowany u 35 letniego mężczyzny polega na głośnem stuknięciu w okolicy biodrowej przy przekraczaniu kąta 45° podczas czynnego i biernego zginania. Trzask spowodowany jest przeskakiwaniem dolnego brzegu napiętego mięśnia pośladkowego wielkiego nad guzem kulszowym. Objaw ten nie posiada praktycznego znaczenia, jest analogiczny do t. zw. przeskakującego biodra i można przez odpowiednie ćwiczenie, nauczyć się wywoływać go.

K r a u s s F. *O technice szwu kostnego złamanej szyjki kości udowej wg. Sven Johannsona*, str. 799—801.

Opis przyrządu celowniczego do przeprowadzania zespalającego drutu przez złamaną szyjkę. Przyrząd ten przymocowuje się taśmami do uda, poczem pod kontrolą rentgena określa się kierunek i długość drutu. Opis objaśniają rysunki.

F r i e d r i c h R. *Leczenie przedoperacyjne raka żołądka kwasem solnym*, str. 801—804.

Śmiertelność po wycięciu rakowatego żołądka wynosi 23 — 25% (z czego ⅔ przypada na zapalenie otrzewnej), natomiast po wycięciu żołądka z powodu wrzodu — zaledwie 8.2%, przyczem zap. otrzewnej odgrywa nieznaczną rolę. Różnica ta polega na jałowości żołądka normalnego lub wrzodowego, a zakaźności rakowatego, spowodowanych przez obecność lub brak kwasu solnego.

Autor, w przyp. bezkwaśności rakowatego żołądka podaje do picia w ciągu 6 — 8 dni przed zabiegiem roztwór kw. solnego: (ac. hydrochlor. conc. 15,0, syr. rubi idaei 285,0 3 r. dz. łyżkę w 150,0 wody). Wieczorem przed zabiegiem ma miejsce jeszcze płukanie żołądka ½ l. ¼% kw. solnego. Ilość przypadków operowanych po takiem przygotowaniu jest zbyt mała, by wyciągnąć wnioski — nie stwierdzono jednak ani jednego zap. otrzewnej bez rozejścia się szwów, a wyniki badań bakterjologicznych są b. zachęcające.

B u r k W. *Drenowanie pozaotrzewnowe wobec trudności w zaopatrzeniu kikuta dwunastnicy...* (Uwagi do pracy F. Felsenreicha, Zbl. f. Chir. Nr. 2, 1933), str. 804—805.

Autor opracował i opisał uprzednio tę metodę (m. i. Zbl. f. Chir. Nr. 5, 1925 i Nr. 44, 1932), tak iż praca Felsenreicha nie wnosi nic nowego.

R e h n E. *Uwagi do pracy v. Brandis'a „Rzadkie uszkodzenia powięzi oraz uwagi o plastyce skórą właściwą"*. (Zbl. f. Chir. Nr. 3, 1933), str. 805.

Uwagi w sprawie pierwszeństwa metody plastyki powięzi za pomocą wolnego przeszczepu skóry właściwej (Rehn czy Löwe).

R a b l C. R. H. *Niebezpieczeństwa przy wyprostowywaniu dziecięcych wykrzywień kości.* (Uwagi do pracy F. Kraussa. Zbl. f. Chir. Nr. 1, 1933), str. 806.

Autor metody zaznacza, iż przedłużanie okresu zmiękczania kości usposa-

bia raczej do powstawania zatorów tłuszczowych, upośledzając stan ogólny dziecka i zwiększając zanik tkanki kostnej. Nadmiernie troficzny kościec stanowi przeciwskazanie do leczenia tą metodą; należy stosować ją tam, gdzie inne sposoby leczenia są niekorzystne. Zabieg otwarty jest zazwyczaj technicznie łatwiejszy od zamkniętego.

Lauber J. *Doświadczenia nad narkozą dożylną evipan-natrium*, str. 806—812.

(Patrz streszczenia prac: Specht Nr. 5, Baucks Nr. 6, Baumecker Nr. 9, Zbl. f. Chir. 1933, — przyp. referenta).

Dawkowanie jest indywidualne, nie może być ujęte w schemat; odgrywa tu rolę stan ogólny chorego, wiek i płeć; ciężar ciała nie ma znaczenia. Za podstawę autor przyjmuje każdorazowo t. zw. dawkę zasypiania, t. j. taką ilość preparatu, która doprowadza pacjenta do stanu, w którym nagle przerywa rozmowę i przestaje odpowiadać na pytania; dawka ta wynosi przeciętnie 3 cm. W zależności od ciężkości i długotrwałości zabiegu podaje się 2 — 3 krotną taką dawkę, jakkolwiek zrzadka nawet i wyższa dawka może okazać się niedostateczną.

Opis przebiegu narkozy nie wnosi nic nowego. Uśpienie EN jako podstawowe przy dużych zabiegach jest nieodpowiednie do przejścia w narkozę eterową, gdyż nieunikniony okres podniecenia przeszkadza operującemu — do zakończenia zabiegu, lepiej niż eter nadaje się chloretyl lub chloroform; dodawanie EN autor uważa za niebezpieczne. Podczas uśpienia oddech nie podlega wybitniejszym zaburzeniom, spadek ciśnienia krwi jest tem większy, im wyższem było ono przed zabiegiem; zachowanie się odruchów nie jest charakterystyczne.

Opis 1 przyp. powikłania, polegającego na porażeniu ośrodka oddechowego.

Przeciwwskazań do tego uśpienia właściwie niema (poza ciężkiemi schorzeniami wątroby); wskazania — przypadki nadające się do operowania w zamroczeniu inhalacyjnem, od którego jest ono znacznie przyjemniejsze. Stosowanie polikliniczne jest narazie niewskazane (zbyt małe doświadczenie). Koffeina ma przyśpieszać zupełne otrzeźwienie. Wydostanie się płynu poza żyłę podczas wstrzykiwania jest niegroźne.

Dr. H. Ciszkiewicz.

OCENY KSIĄŻEK.

Karol von Noorden. *Czynnościowa patologja i leczenie cukrzycy w świetle nowoczesnych badań.* Str. 96. Cena zł. 5. Wyd. Ars medici. Warszawa. 1933. Przekład Dra med. H. Szpidbauma.

Pod tym tytułem ukazało się polskie tłumaczenie pracy monograficznej Noordena, będącej rozszerzeniem wykładu o cukrzycy, wygłoszonego w r. 1932 na kursie dokształcającym dla lekarzy w Berlinie. Na całość pracy składa się głównie omówienie patogenezy cukrzycy i leczenia, specjalnie dietetycznego. Mówiąc o patogenezie, autor silnie podkreśla słuszność swej dawnej teorji o „nadmiernem wytwarzaniu cukru z glikogenu" i hamującym wpływie insuliny na rozpad glikogenu w przeciwstawieniu do poglądu o „niedostatecznem spalaniu cukru w tkankach". Jednym z ważkich dowodów, popierających stanowisko au-

tora, ma być wpływ leczniczy pracy fizycznej na przebieg cukrzycy, gdyż połączony z wysiłkiem mięśniowym rozpad glikogenu, stanowiąc zjawisko celowe i konieczne, zezwala na jednoczesne obciążenie układu wysepkowego trzustki. W dalszym ciągu wykładu autor szkicuje znaczenie wpływu różnych czynników na przemianę węglowodanową, jak działanie składników pokarmowych, bodźców nerwowych i hormonów, poczem przechodzi do omawiania postulatów racjonalnej dietetyki cukrzycowej. Uzasadniając wartościowość własnego „systemu dwóch substancyj odżywczych", N. podkreśla znaczenie dla chorych diety małokalorycznej, równoznacznej w istocie z pojęciem diety ubogiej w tłuszcze. Ten sposób postępowania zezwala bowiem na osiągnięcie wzrostu tolerancji ustroju na węglowodany i lepsze znoszenie białka. Na początku leczenia poleca się poprzedzenie diety małotłuszczowej dniami głodówkowemi, w ciągu których chorzy żywią się owocami i jarzynami (surowemi). Acetonurję winno się zwalczać podawaniem węglowodanów przy jednoczesnem (niezawsze) wprowadzaniu insuliny. Niezależnie od wyboru diety, w każdym przypadku wskazane jest jej ścisłe unormowanie z pewnemi dopuszczalnemi urozmaiceniami i konieczną zawsze indywidualizację.

Książka omawiana jest odbiciem własnych poglądów Noordena na patogenezę i leczenie cukrzycy, co nadaje dziełu wybitne piętno subjektywizmu, odbierając mu jednocześnie charakter bezstronnego ujęcia całokształtu nowoczesnego stanu wiedzy o tym dziale patologji. Prace innych badaczy w ramach wykładu zostały tylko wzmiankowane, piśmiennictwo nie wyszczególnione. Niemniej, książka, jako dzieło tak wytrawnego znawcy przedmiotu, zasługuje na przeczytanie przez tych wszystkich, którzy pragną zaznajomić się bliżej z piśmiennictwem dotyczącem cukrzycy. Lekarza - praktyka zainteresują w niej szczególnie rozdziały poświęcone wskazówkom dietetycznym i poglądy autora, dotyczące oceny cukrzycy ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

Przekład kolegi Szpidbauma staranny. Szata zewnętrzna książeczki estetyczna.

Dr. Z. Galinowski.

A x e l M u n t h e. *Księga z San Michele.* Przekład Zofji Petersowej. W-wa 1933. Wyd. J. Przeworskiego.

Nie można nazwać tego dzieła powieścią, nie można go nazwać i dziennikiem. Są to raczej rozważania psychologiczne, lub szczegółowa spowiedź lekarza z całego życia lekarskiego, myśli i czynów.

Axel Munthe zaczyna swą spowiedź od lat młodości, lat w których człowiek nie zna przeszkód dla swych zamiarów, i zdolny jest rozpocząć walkę z największemi trudnościami, byleby osiągnąć cel swych marzeń. Marzeniom zaś Munthe'go na imię piękno, światło i potęga. Dla osiągnięcia ich zgadza się nawet mlody lekarz „poświęcić ambicję zdobycia sobie głośnego imienia w swym zawodzie lekarskim". Idzie on do nich drogą uciążliwą, przez żmudną i ciężką pracę. Pracuje zawzięcie nad chorobami systemu nerwowego. Stara się poznać nietylko samą chorobę, lecz również psychikę chorego jak i jego otoczenia, zastanawia się nad wieczną walką życia i śmierci. Zaczyna się wyścig pracy, u mety którego czeka nagroda w postaci urzeczywistnienia marzeń.

Axel Munthe, człowiek nadzwyczaj spostrzegawczy, umysł zdrowy i realny w ujmowaniu stanu chorobowego swych pacjentów, więcej psycholog i praktyk niż teoretyk, daje nam szereg obrazków ze swej rozległej praktyki. Nie

pomija żadnego zjawiska, z jakiem się styka bezwątpienia każdy lekarz, lecz wielu nie zwraca na nie uwagi. Opisuje szereg przypadków sugestji zbiorowej, modnych chorób, sugestji chorobowej.

Był okres, w którym było modne w Paryżu zapalenie wyrostka robaczkowego. Wszystkie zamożne, pozwalające sobie na „choroby z urojenia", osoby chciały koniecznie słyszeć tę diagnozę z ust lekarza i dobrym lekarzem był tylko ten, który takie stawiał rozpoznanie. Okres ten autor charakteryzuje następująco: „zapalenie ślepej kiszki było wtedy bardzo w modzie u zamożnych osób, szukających dla siebie odpowiedniego cierpienia. Wszystkie nerwowe damy miały owo zapalenie, jeżeli nie naprawdę w brzuchu, to przynajmniej w imaginacji, a czuły się przy tem świetnie, zarówno jak ich doradcy — lekarze. Kiedy jednak rozeszła się pogłoska, że amerykańscy chirurdzy zapoczątkowali zabiegi usuwania każdej ślepej kiszki, przypadki tej choroby nagle zmniejszyły się w mojej praktyce zastanawiająco.

— Wyciąć ślepą kiszkę! Moją ślepą kiszkę, mówiły eleganckie panie, broniąc rozpaczliwie swego wyrostka robaczkowego, niby matki swych niemowląt. — A cóż ja bez niej pocznę?" Takie postawienie sprawy naraz odstraszyło całe zastępy od appendicitis, trzeba było wynaleźć inną chorobę. Wynaleziono — colitis. I znowu ta sama epidemja psychiczna.

Jak mało odporni bywają nieraz ludzie na sugestję, najlepiej wskazuje fakt opisany przez autora. Wicehrabia Maurice, oficer, wyśmienity strzelec, zdobywający największe nagrody w zawodach strzeleckich, człowiek nie znający strachu, zdawałoby się nie mający nerwów, pokazuje język lekarzowi, drwiąc z jego specjalności oglądania języków. I w tem lekarz stwierdza, że język „przedstawia się marnie". To wystarcza, ażeby wicehrabia stracił humor, poczuł się chorym na colitis i przeleżał przez tydzień na ścisłej diecie, złośliwie okarmiany końskiemi dawkami oleju rycynowego.

Tą samą sugestją leczy przeważnie autor swych pacjentów. Stosuje ją rozważnie w mikroskopijnych dawkach tak, by pacjent nie spostrzegł tego. System ten wywołuje wspaniałe efekty, lepsze niż stosowanie środków aptecznych najrozmaitszej jakości i w największej ilości.

Praca Munthe'go nie ogranicza się tylko na przyjmowaniu bogatych i rozkapryszonych pacjentów. Po ukończeniu swych przyjęć w gabinecie, śpieszy on do swych prawdziwych obowiązków lekarskich; pędzi tam, gdzie nędza i ból, gdzie epidemja i śmierć. Śpieszy w dzielnice robotnicze, do suteryn i poddaszy, by nieść ulgę i pocieszenie swą wiedzą lekarską, a nawet tem złotem, które przed chwilą zarobił. Tam dopiero staje się prawdziwym lekarzem nietylko ciała, lecz i ducha, a w razie potrzeby pielęgniarzem i opiekunem. Niema kataklizmu (nie wyłączając wojny światowej), niema epidemji, podczas której nie śpieszyłby z pomocą, niepomny niebezpieczeństw, niewygód, a nawet głodu, wyrzekając się dobrobytu, zarobków i sławy.

W „Księdze z San Michele" znaleźć można wiele sentencyj i poglądów lekarsko-życiowych, wiele odpowiedzi na zagadnienia, nurtujące lekarza. Munthe jasno precyzuje pogląd na honorarja lekarskie i na zawód lekarza. „Nasz zawód jest równie święty, jak zawód kapłana, — a może nawet więcej jeszcze pełny godności; nadmierne zaś zarobkowanie powinno być lekarzowi prawnie zabronione; należałoby zostawić do ich uznania określanie honorarjum bogatym pacjentom bądź dla zaspokojenia potrzeb chorych uboższych, bądź też wła-

snych. W każdym razie nie powinni pobierać określonej taksy za wizyty, ani wystawiać za nie rachunków".

Porusza również autor kwestję wiwisekcji. Mimo tego, że jest on największym przyjacielem zwierząt, że gotów jest stoczyć nawet zażartą walkę z ich krzywdzicielami, wiwisekcję uważa za konieczną dla dobra ludzkości, a nawet dla dobra tychże samych zwierząt.

Reasumując wszystkie wrażenia odebrane po przeczytaniu „Księgi", rzec można, że jest to książka ze wszech miar zasługująca na przeczytanie.

Nie można pominąć milczeniem i przekładu tej książki. Przekład jest opracowany tak znakomicie, posiada tak czysty język i lekki styl, że czyta się „Księgę" z prawdziwą przyjemnością i ma się wrażenie, że jest to oryginał.

C. Głowiński.

NOTATKI BIBLJOGRAFICZNE.

NOWE WYDAWNICTWA.

Alsnin Mieczysław: Jak hartować nerwy wodą. Wilno. 1933. Nakł. Autora 8°, str. 19 + 4 nlb.

Baldenweck L.: Oto-ryno-laryngologja dla lekarza - praktyka. Wyd. II. Warszawa. 1933. Wyd. „Ars Medici". 8°. str. XV. + 1 nlb, + 227 + 25 nlb.

Cwirko-Godycki Michał: Zarys antropometrji. Podr. dla studentów medycyny, studjum wych. fizyczn. i nauk przyrodniczych, oraz dla lekarzy szkolnych. Lwów. 1933. Nakł. Państwowego Wydawn. książek szkolnych. 8°. str. XI + 1 nlb. + 183 + + 1 nlb.

Deschamps P. N.: Elektrokardjografja kliniczna. Przedmowa A. Clerc'a. Przekład H. Rasolta. SŁowo wstęp. Mściwój Semerau - Siemianowski. Warszawa. 1933. Wyd. „Ars Medici". 8°. str. 219 + 5 nlb.

Fejgin Mieczysław i Glass Benedykt: Gruźlica płuc. Klinika, leczenie i współczesna organizacja walki z gruźlicą. Podr. dla lek. i stud. Przedmowa St. Rudzkiego. Warszawa. 1933. Nakł. „Delta". 8°. str. VIII + + 124 + tabl. (Medycyna Współczesna dla lek. praktyków. T. V.).

Godycki Michał: Przewodnik do pogadanek z higjeny osobniczej i ogólnej. Poznań. 1933. Nakł. Drukarni Państwowej. 16°. str. 72.

Gantier E. L.: Urologja dla lekarza-praktyka. Przekł. Z. Traczyk. Wyd. II. Warszawa. 1933. Wyd. „Ars Medici". 16°. str. 153 + 7 nlb.

Karwacki Leon: O postaciach rozwojowych zarazka gruźlicy. Warszawa. 1933. Nakł. Polskiego Zw. Przeciwgruźliczego. 8°. str. 111 + 1 nlb., + + 7 tabl.

Kruszewska Helena: Masarz, gimnastyka i higjena twarzy. Przedmowa L. Kaliny. Warszawa. 1933. 8°. str. 23.

Pamiętnik V. Kursu Lekarskiego wakacyjnego 1932. (Ciechocinek. 1933). Nakł. Komitetu Organ. Lek. Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku. 8°. str. XVI + 248 + 2 tabl.

Pamiętnik IV. Zjazdu Lekarzy w Krynicy. 1932 r. Poznań. 1933. Nakł. Stow. Lek. i Kom. Zdrojowej w Krynicy. 8°. str. 320.

Parczewski Aleksander: Co każdy łysy wiedzieć powinien? O tajemnicy regeneracji (odrastania) włosów. Warszawa. 1933. Nakł. autora. 8°. str. 47.

Szpitale ogólne w Polsce. Les hôpitaux généraux en Pologne. I. Warszawa. 1933. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa. 8°. str. 83 + 1 nlb. + 1 tabl.